ph. mazet / d. houzel

# psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

DEUXIEME EDITION

volume 1

**Introduction -**
**Le développement psychologique**
**L'examen - Les symptômes**

maloine s. a. éditeur

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR :

**Psychiatrie intégrée de l'étudiant**

par M. HANUS (en 2 fascicules)

Philippe MAZET et Didier HOUZEL

*Maître de conférences agrégé à l'Université Paris VI*

*Maître de conférences agrégé à l'Université de Bretagne Occidentale*

# psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

## Volume 1

deuxième édition 1979
quatrième tirage revu et corrigé 1986

INTRODUCTION
LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE
L'EXAMEN - LES SYMPTOMES

**14 figures**

**2 tableaux**

9 observations cliniques

**MALOINE S.A. EDITEUR**
27, rue de l'Ecole-de-Médecine 75006 Paris

© Maloine S.A. Editeur 1975, 1979,

*La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa premier de l'article 40).*

*Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.*

ISBN 2-224-00915-1

# AVANT-PROPOS
## à la deuxième édition

Cette seconde édition de « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » a fait l'objet d'une révision complète. L'évolution rapide des connaissances dans le domaine du développement comme dans celui de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent justifiait cette révision.

Chaque fois qu'une mise au point clinique, une découverte ou une théorie récente nous ont paru utiles pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous en avons fait mention. Cela a souvent rendu nécessaires des remaniements profonds de certains chapitres. Tout ce qui concerne le nourrisson a été notablement refondu et approfondi. Nous avons jugé bon d'illustrer de brefs exemples cliniques l'exposé de la symptomatologie. Neuf observations complètent notre étude clinique dans ce premier volume.

Nous espérons ainsi offrir au lecteur un outil de travail modernisé et amélioré.

Les auteurs

# INTRODUCTION

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent connaît de nos jours un développement important. L'intérêt croissant de nombreux psychiatres, psychologues, éducateurs, rééducateurs, enseignants et travailleurs sociaux, la mise en place des « inter-secteurs » de psychiatrie infanto-juvénile, la création progressive de postes universitaires, l'existence d'une Option de psychiatrie de l'enfant au sein du Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie en sont les signes les plus évidents en France.

Non sans difficultés, les médecins ont reconnu l'importance de la psychiatrie dans leur pratique et la nécessité d'un enseignement de cette discipline. Ce n'est pas sans mal, non plus, que les psychiatres ont accepté de faire une place à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Certes il y a le danger de séparer toujours davantage des disciplines médicales toujours plus restreintes ; mais il y a un autre danger, celui d'étouffer une discipline dont on refuse de reconnaître l'originalité, par crainte d'un éclatement. Or la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent possède une indéniable originalité par rapport à la psychiatrie de l'adulte. La nature des problèmes psychopathologiques est souvent bien différente. L'importance des troubles dits instrumentaux, celle des carences affectives, sont assez particulières à la psychiatrie du jeune enfant ; les troubles de l'identité, la fréquence des conduites délinquantes et suicidaires, impriment un caractère particulier à la psychologie de l'adolescence.

Même lorsque les troubles appartiennent à une lignée commune à l'adulte et à l'enfant, ils se présentent chez celui-ci d'une manière le plus souvent différente, méconnaissable pour un psychiatre qui n'aurait que l'expérience des adultes. Les troubles psychotiques de l'enfant sont difficilement comparables aux symptômes psychotiques de l'adulte. Les troubles de l'humeur sont si différents qu'ils ont été méconnus jusqu'à une époque très récente. L'angoisse infantile se manifeste plus souvent par des plaintes somatiques ou des troubles du comportement que par les sensations et les troubles neurovégétatifs connus chez l'adulte.

L'enfant est un être en voie de maturation physique et psychologique ; de ce fait, *un symptôme psychopathologique doit être chez lui resitué dans une trajectoire maturative.* C'est un être largement dépendant de son entourage ; de ce fait, *son organisation psychique ne peut se comprendre qu'en référence à l'organisation affective et relationnelle du groupe familial.* Des progrès décisifs n'ont pu se faire en psychopathologie de l'enfant que le jour où on a tenu compte de ces deux axes de référence et où on a abandonné le point de vue adultomorphique, qui consiste à décrire des troubles et des maladies psychiatriques chez l'enfant, sur le modèle de ceux connus chez l'adulte (par exemple la « démence précocissime » décrite par Sancte de Sanctis sur le modèle de la « démence précoce » de Kraepelin ; la « schizophrénie de l'enfant » décrite par Lutz sur le modèle de la schizophénie de Bleuler). Les études catamnestiques ont montré l'importance de décrire la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent en utilisant d'autres cadres de référence que ceux de la psychiatrie d'adulte. En

effet, souvent un trouble de l'enfance n'évolue pas vers la forme psychopathologique qui semble correspondre chez l'adulte. Les manifestations obsessionnelles de l'enfant évoluent rarement vers une névrose obsessionnelle. Les psychoses de l'enfant évoluent plus souvent vers des états déficitaires atypiques ou vers des caractéropathies, que vers des psychoses franches de l'adulte.

Dans le premier volume de cet ouvrage nous abordons les différents aspects du développement psychique de l'enfant, base nécessaire pour situer les perturbations pathologiques ; puis les techniques d'examen, qui, elles aussi, ont leur originalité qu'il s'agisse de l'examen psychiatrique ou de l'examen psychologique ; l'approche de l'enfant et de son entourage familial nécessite que l'on soit familiarisé avec des moyens et des méthodes d'examen spécifiques. La troisième partie de ce volume décrit la symptomatologie, sous quatre rubriques : troubles « instrumentaux », troubles à expression somatique, troubles du comportement et manifestations intra-psychiques.

Dans le deuxième volume, nous abordons l'étude des troubles de l'organisation de la personnalité et des grandes formes d'organisation psychopathologique. Cela demande quelques éclaircissements méthodologiques et épistémologiques. Le psychiatre d'enfants doit, sous peine de réduire son activité à un discours désincarné, étudier avec minutie les symptômes que présente l'enfant. Cependant les symptômes psychiatriques ne sont pas que des faits de pure observation ; ils englobent les sentiments de l'enfant, sa façon de se présenter, d'entrer en contact, de communiquer. Dès l'étude des symptômes, il faut tenir compte de la dimension fondamentalement affective et relationnelle de la pathologie psychiatrique, sinon la psychopathologie se réduirait à une étude de comportements dénuée de sens et de valeur explicative. Notons que cet aspect affectif et relationnel donne au « fait psychiatrique » une spécificité par rapport aux symptômes de la médecine somatique. On sait bien que la relation médecin-malade est une dimension importante de la pratique médicale, mais l'affectivité du malade, sa communication inter-personnelle et intra-personnelle, ne font pas partie intrinsèque de ses troubles somatiques, comme ils le font des troubles psychiatriques.

Au-delà de la symptomatologie, l'étude des organisations psychopathologiques correspond à ce qu'est en médecine somatique l'étude des syndromes et des maladies. Mais là encore la spécificité de la psychiatrie doit être reconnue. Le regroupement des symptômes en syndromes, le rattachement des syndromes à des facteurs étiologiques, qui permettent de définir des maladies, sont fondés sur un enchaînement de cause à effet selon une causalité linéaire qui permet de comprendre comment tel agent pathogène provoque tels effets pathologiques qui engendrent tels symptômes. En psychiatrie ce modèle explicatif est rarement utilisable. Le plus souvent les symptômes se renvoient les uns aux autres plutôt qu'à une étiologie précise. Les facteurs étiologiques sont multiples, difficilement localisables, complémentaires les uns des autres. On se trouve dans un système de causalité circulaire, plutôt que linéaire. S'il n'est pas possible de définir une étiologie précise, un agent pathogène donné, il est cependant possible souvent de comprendre comment fonctionne une personnalité pathologique, comment s'articulent les uns avec les autres les symptômes et de connaître leur mode d'évolution, ce qui donne des moyens thérapeutiques. La psychopathologie s'est, pour ces raisons, largement inspirée du point de vue « structuraliste » développé dans les sciences humaines et d'abord en linguistique et en ethnologie. La « structure » décrit la façon dont s'agence chacun des éléments de l'ensemble avec tous les autres, leur interdépendance, l'équilibre entre eux, la façon dont cet équilibre se modifie. A cet égard, l'adoption d'un tel point de vue dans notre domaine ne doit pas faire méconnaître l'importance des interactions familiales et entraîner une visée psychopathologique exclusivement centrée sur l'individu, qui laisserait de côté une dimension

essentielle aux plans théorique et pratique, celle de la référence au groupe familial.

Après l'étude des organisations psychopathologiques, qui sont donc des modalités actuelles de fonctionnement psychique et dont il n'est guère besoin de dire qu'à cet âge il est le plus souvent erroné de les considérer comme des systèmes immuables, indépendants de la maturation et des conditions extérieures, le volume II aborde quelques aspects particuliers de la psychopathologie suivant l'âge, les problèmes psychosociaux, puis les problèmes de thérapeutiques et de prévention et dans une dernière partie les problèmes administratifs de la psychiatrie d'enfant et d'adolescent telle qu'elle se présente aujourd'hui en France.

Les exigences propres au « fait psychiatrique » rendent impossible un exposé de la psychiatrie d'enfant et d'adolescent sous une forme scolaire type « questions d'internat en médecine ». Nous nous sommes efforcés à la clarté et à la simplicité, mais nous n'avons pas voulu présenter au lecteur des textes à apprendre « par cœur, ce qui eût vicié l'esprit même de la psychiatrie. Nous espérons plutôt lui apporter une aide et une base pour sa réflexion personnelle.

# LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

# INTRODUCTION

L'étude du développement psychologique de l'enfant nous amène à faire une première remarque : la durée de ce processus qui fait passer l'enfant de l'état de nouveau-né totalement impuissant à subvenir à ses propres besoins à l'état adulte n'est pas indépendante du contexte social et culturel dans lequel vit l'enfant. Dans notre civilisation, il s'étend sur une vingtaine d'années environ, avec bien entendu de grandes variations individuelles ; dans d'autres civilisations, l'accession à l'état adulte est bien plus précoce et à peu près contemporaine de la puberté. Il serait donc plus exact de parler du développement d'un enfant dans un contexte social-culturel donné.

Il est cependant possible de décrire des aspects généraux du développement, de dégager des éléments caractérisant cette évolution dans différents secteurs, chaque secteur correspondant à des méthodes d'études particulières, secteurs dont il faut souligner d'emblée les interrelations particulièrement étroites et déterminantes. Les chapitres qui vont suivre sont consacrés respectivement à l'un de ces secteurs : développement psycho-moteur (et sensoriel), développement de l'intelligence, développement du langage, développement de l'affectivité (et relationnel). Une telle présentation, justifiée d'un point de vue didactique, ne doit évidemment pas faire le lit d'une conception pointilliste du développement de l'enfant, lequel est un tout, nous aurons maintes fois l'occasion de le rappeler.

Dans le premier chapitre sont abordés les problèmes généraux, et notamment celui des rapports entre inné et acquis, entre hérédité et milieu, rapports qui méritent d'être reconsidérés à la lumière de données récentes.

# PROBLEMES GENERAUX DU DEVELOPPEMENT

Les questions soulevées par le développement psychique de l'enfant se sont considérablement renouvelées pendant ces dernières années. Il ne fait de doute pour personne, de nos jours, que l'hérédité joue un rôle déterminant dans ce développement. Il ne fait pas de doute, non plus, que le rôle de l'environnement est tout aussi essentiel. C'est surtout la conception des **rapports entre inné et acquis** qui s'est modifiée et qui s'est précisée.

Les progrès de certaines disciplines scientifiques ont amené un retour de conceptions innéistes du développement. Ainsi les progrès de la génétique et de la biologie moléculaire, la découverte de la nature du matériel chromosomique porteur de l'information héréditaire, de son étonnante stabilité, de sa quasi-indépendance à l'égard du milieu environnant, ont conduit des biologistes à accentuer le rôle de l'hérédité dans le développement. C'est ce qu'a fait, par exemple, J. Monod (« Le hasard et la nécessité »). Pour cet auteur le développement dépend d'un programme génétique déterminé, sans que les circonstances extérieures, l'histoire, influent sur sa marche. Les progrès de la linguistique ont amené N. Chomsky à postuler l'existence d'une capacité innée à parler, qu'il appelle « compétence linguistique ». Sa théorie linguistique se fonde sur l'idée qu'il y a, derrière l'extrême variété des langues, une forme universelle de la pensée et du langage qu'il appelle la « structure profonde de la langue » et dont les langues effectives ne sont que des réalisations.

La plupart des auteurs, cependant, refusent ce retour à l'innéisme, en se fondant sur des arguments aussi bien biologiques que psychologiques. Le biologiste F. Jacob maintient l'idée d'un programme génétique précis et d'une invariance du patrimoine héréditaire par rapport au milieu, mais il admet qu'au fur et à mesure de l'évolution des espèces, apparaît une certaine souplesse dans la programmation génétique : « Avec le développement du système nerveux, avec l'apprentissage et la mémoire, se relâche la rigueur de l'hérédité. Dans le programme génétique, qui sous-tend les caractéristiques d'un organisme un peu complexe, il y a une part fermée, dont l'expression est strictement fixée ; une autre ouverte, qui laisse à l'individu une certaine liberté de répondre. D'un côté le programme prescrit avec rigidité, structures, fonctions, attributs ; de l'autre il ne détermine que potentialités, normes, cadres. Ici il impose, là il permet » (« La logique du vivant »).

J. Piaget (cité par J. de Ajuriaguerra) s'élève contre la notion de programme génétique en psychologie et considère que l'hérédité n'offre qu'un ensemble de possibilités d'action, qu'il reste à actualiser et qui, une fois actualisées, portent en elles-mêmes leur capacité d'auto-régulation et d'auto-construction.

J.P. Changeux et coll. ont proposé un modèle théorique pour rendre compte de l'interaction du patrimoine génétique et de l'environnement, modèle qu'ils ont appelé « stabilisation fonctionnelle ». Un être unicellulaire ou un gamète (cellule reproductrice d'un être pluri-

cellulaire) peut, par erreur, reproduire en double une partie de son patrimoine génétique, qui peut varier par mutation, sans qu'il y ait de conséquence immédiate pour l'individu ou l'espèce, à condition que ces mutations n'entraînent pas d'inconvénients pour l'adaptation de l'organisme. Ainsi peuvent se former des gènes en attente d'une éventuelle interaction avec le milieu. Si le milieu se modifie, un gène sans importance jusque-là pourra prendre un rôle prépondérant. Selon que tel gène trouvera ou non à exercer sa fonction, il deviendra stable dans l'espèce ou il disparaîtra. Le même modèle peut s'appliquer au développement du système nerveux : le programme génétique commande le développement de connexions entre les neurones, mais l'exercice de la fonction correspondante est nécessaire pour fixer ces connexions (ou synapses), sinon elles dégénèrent. On sait bien, en effet, que si l'organisation anatomique du système nerveux est, dans ses grandes lignes, déterminée par le programme génétique, sa micro-anatomie et a fortiori son fonctionnement dépendent de l'interaction avec le milieu. La notion de *plasticité cérébrale*, au début de la vie, est bien établie. Par exemple, les épines dendritiques d'une aire corticale sensorielle sont d'autant moins nombreuses que le sujet, dans sa première enfance, a été dans l'incapacité d'exercer le sens correspondant. L'intégration des perceptions et de la motricité dépend de l'expérience. On a pu rendre des animaux incapables de percevoir des lignes verticalement ou horizontalement. Plus on s'intéresse à un secteur élaboré du développement, plus on rencontre l'influence de l'environnement et de l'expérience.

## PHYLOGENESE - ONTOGENESE - EPIGENESE

On appelle :

— Phylogénèse : l'évolution des espèces ;

— Ontogénèse : le développement d'un individu à partir de son patrimoine génétique,

— Epigénèse : « la manière dont un individu est façonné au cours de ses multiples interactions avec l'environnement » (A. Danchin, « Ordre et dynamique du vivant »).

En ce qui concerne le développement psychique, ces distinctions demeurent valides ; mais il faut reconnaître la difficulté que nous avons à identifier la part respective de chacun de ces aspects du développement. Il y a, en effet, un obstacle méthodologique qui est le plus souvent impossible à surmonter : d'emblée l'enfant est plongé dans un milieu familial et socioculturel, avec lequel il inter-agit et qui est indispensable à son développement. Comment faire la part de ce que l'enfant apporte dans son équipement et de l'influence du milieu ? Il faudrait pour cela, soit déterminer l'équipement héréditaire de l'enfant et faire varier les conditions de milieu, soit fixer les conditions de milieu et faire varier l'équipement génétique. Il est évident que cela est impossible la plupart du temps. Seules les paires de jumeaux univitellins permettent des études comparatives sur l'influence de certaines conditions de milieu, ce qui suppose que les deux jumeaux soient élevés dans deux milieux différents. Même dans ces conditions, évidemment exceptionnelles, certaines caractéristiques du milieu seulement peuvent être utilisées, celles qui peuvent être définies avec suffisamment de précision : caractéristiques intellectuelles, linguistiques, sociologiques, par exemple. Il est difficile, par contre, de définir précisément les caractéristiques affectives.

La variabilité extrême des personnalités, des attitudes sociologiques et culturelles, des langues, des échelles de valeurs, etc..., laisse à penser que, dans le domaine du développe-

ment psychique, l'épigénèse a une influence déterminante. Rappelons, cependant, que la notion d'épigénèse n'exclut pas l'influence de l'hérédité. Elle renvoie à l'idée d'une interaction dynamique entre programme génétique et influence du milieu. Quelle est la nature de cette interaction dynamique ? Nous avons cité la théorie de la « stabilité fonctionnelle » de Changeux pour illustrer la notion d'épigénèse, mais nous ne pensons pas qu'elle soit directement applicable au développement psychique, qui, de toute évidence, ne se fait pas par une simple sélection de possibilités pré-établies. La part de la mémoire individuelle, des apprentissages, des identifications, devient prévalente.

Cependant, derrière la variabilité des personnalités et des conduites, il y a des invariants, qui permettent de parler du psychisme humain en général et de faire référence à la phylogénèse et à l'ontogénèse. Nous reprendrons ces distinctions entre phylogénèse, ontogénèse et épigénèse, pour examiner ce qui peut être attribué à l'hérédité et ce qui revient à l'interaction avec le milieu dans ce développement.

## I - LE NIVEAU PHYLOGENETIQUE

Qu'est-ce qui caractérise **l'espèce humaine** par rapport aux autres espèces ? Comment l'espèce humaine a-t-elle évoluée ? Telles sont les questions qui se posent du point de vue phylogénétique. Les réponses sont inévitablement fragmentaires en ce qui concerne le psychisme. Nous distinguerons, ci-dessous, parmi les éléments de réponse possibles, ceux qui s'étayent sur des faits d'observations, des hypothèses plus générales qui sont plutôt déduites de théories qu'appuyées sur des faits.

### A) HYPOTHESES ETAYEES SUR DES FAITS

#### 1) L'immaturité du nouveau-né

On s'accorde à reconnaître chez le nouveau-né une sorte d'immaturité biologique, par rapport aux petits des autres espèces animales. Le nouveau-né est immature dans son développement si on le compare, par exemple, à un petit mammifère capable rapidement de têter seul sa mère, de se déplacer, de se défendre. L'enfant est incapable, sans l'aide active et prolongée de son entourage, de subvenir au moindre de ses besoins. Tout se passe comme s'il naissait prématuré et qu'il avait besoin de prolonger, au-delà de la période de gestation intra-utérine, une sorte de gestation extra-utérine qui lui permet d'achever son développement.

Ces constatations ont été rapprochées de la notion biologique de « néoténie », qui désigne le fait pour un animal de se reproduire à l'état larvaire. Il semble que soit lié à cela deux ordres de conséquences : les premières concernant la moindre spécialisation des fonctions biologiques de l'être humain, par rapport à ce qui est observé chez l'animal. Cette moindre adéquation de l'équipement biologique à tel ou tel aspect de l'environnement semble défavoriser l'homme dans une première évaluation, mais elle lui permet de s'adapter à des circonstances beaucoup plus variables, beaucoup plus changeantes et cela est probablement lié au développement de l'intelligence humaine. Le deuxième type de conséquence concerne la dépendance prolongée entre l'enfant et son entourage, qui nécessite et permet le développement d'une communication extrêmement étroite et intense. Cet état de dépendance prolongée joue un rôle fondamental dans le développement affectif de l'être humain. Rappelons la phrase de Freud : « L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi la source première de tous les motifs moraux » (« Esquisse d'une psychologie scientifique »).

**2) La place et le rôle de la sexualité**

En règle générale il y a, dans les espèces animales, une alternance entre les comportements sexuels et les comportements parentaux. Pendant la période des amours, il n'y a pas de petit ; pendant la période d'élevage des petits il n'y a pas d'amours. Il n'en est pas de même dans l'espèce humaine, chez qui, en permanence, se trouvent intriquées conduites sexuelles et conduites parentales. Cette intrication est probablement à l'origine d'une remarquable plasticité de la sexualité humaine qui peut s'exprimer non seulement à travers le fonctionnement des organes génitaux proprement dits, mais aussi à travers le fonctionnement d'autres zones corporelles et notamment celles qui sont impliquées dans la relation de l'enfant à sa mère : zone orale, puis anale et urétrale.

De là est née la théorie de l'« étayage », formulée par Freud et reprise après lui par de nombreux psychanalystes. D'après Freud il y a chez l'enfant, associé au fonctionnement d'une zone corporelle, un plaisir de nature sexuelle, que l'enfant va rechercher ensuite pour lui-même en excitant la zone correspondante du corps que Freud a appelé « zone érogène » (orale, anale, urétrale, génitale). L'étude de cette théorie de l'étayage et de son importance dans la compréhension du développement de la personnalité de l'enfant sera développée dans le chapitre « développement affectif ».

**3) L'attachement**

Depuis 1958 le psychanalyste anglais J Bowlby a développé une théorie fondée sur des découvertes éthologiques, théorie à laquelle il a donné le nom d'« attachement ». D'après cette théorie l'attachement du nourrisson à sa mère trouve son origine dans un certain nombre de systèmes de comportement caractéristiques de l'espèce, relativement indépendants les uns des autres au début, apparaissant à des moments divers, s'organisant autour de la mère comme objet principal et servant à lier l'enfant à sa mère et la mère à l'enfant. Il décrit cinq systèmes de conduites contribuant à l'attachement : sucer - s'accrocher - suivre - pleurer - sourire.

En 1969, Bowlby a proposé l'hypothèse que ces comportements d'attachement représenteraient un système de « contrôle dirigé » vers un but, de façon que l'enfant tende à se maintenir à proximité de sa mère. Il a insisté sur les similitudes qu'il y a entre l'attachement chez les mammifères (phénomène décrit sous le nom d'« empreinte » par K. Lorenz) et les phénomènes observés chez le petit d'homme, pour ce qui est de la façon de s'orienter vers une figure préférentielle. Cependant, chez l'enfant, les phénomènes sont beaucoup plus étalés dans le temps que chez le petit mammifère. Il yaurait une phase de sensibilisation qui commencerait vers 1 mois 1/2 et il deviendrait plus difficile de réaliser un attachement après 9 mois.

Cette théorie de l'attachement, sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre « développement affectif », prend en quelque sorte le contre-pied de la théorie de l'étayage. Ce qui est premier dans celle-ci, c'est la satisfaction d'un besoin corporel sur lequel viennent se greffer le plaisir et l'affection ; alors que dans la théorie de « l'attachement », ce qui est premier est une véritable communication entre la mère et l'enfant, un besoin d'être proche, même si cela n'implique aucune satisfaction des besoins de l'organisme. Il n'est pas sûr toutefois que les deux théories soient contradictoires et qu'on ne puisse les envisager d'une façon complémentaire, l'une venant éclairer certains points obscurs de l'autre.

## B) HYPOTHESES PLUS GENERALES

Toute théorie du développement a tendance à osciller entre deux extrêmes : soit ce qui se manifeste dans le développement est interprété comme la marque des événements, qui viendraient s'inscrire sur une « tabula rasa » ; soit cela est interprété comme la simple réalisation de ce qui était héréditairement inscrit. Tantôt la place de l'événement individuel est privilégiée, tantôt celle de l'hérédité.

Dès ses premières recherches psychopathologiques, Freud s'est trouvé confronté à ce dilemme. Il a dans un premier temps donné la prévalence aux événements individuels et notamment à ceux qui avaient une signification sexuelle. Puis il a relativisé l'importance et la signification étiologique de ces événements traumatiques, mais alors il a fait appel à l'hérédité de la race, donc à la phylogénèse. C'est ainsi qu'il a introduit l'idée de « fantasmes originaires » (de séduction, de castration, de scène primitive), hérités de l'histoire de l'humanité et qui fonderaient la façon dont l'enfant ressent et organise en lui les événements qu'il traverse. Freud croyait à l'hérédité des caractères acquis, c'est pourquoi il se représentait les fantasmes originaires comme des traces de l'histoire de l'humanité.

On sait aujourd'hui qu'il n'y a pas d'hérédité des caractères acquis. Si donc il y a une base fantasmatique commune à l'humanité, c'est d'une autre façon qu'il faut en rendre compte. C'est ce que fait G. Roheim (cité par J. de Ajuriaguerra), selon lequel ces fantasmes ne sont pas hérités, mais sont le fruit inévitable de notre type de développement.

C. Jung a attribué une importance primordiale à l'idée selon laquelle il y a dans l'humanité des fantasmes universels et transmis de génération à génération. Il les appelle « archétypes » et fonde sur la recherche et l'analyse des « archétypes » sa théorie du psychisme et sa méthode thérapeutique. Il privilégie tant ces fantasmes archétypaux qu'on lui a reproché de négliger la part d'organisation individuelle du psychisme et l'étude de la dynamique de la relation thérapeutique, pour donner une interprétation plus ou moins mythique des faits psychopathologiques. Notons cependant que Jung ne pensait pas que le contenu même des fantasmes étaient hérités, mais seulement leur forme, le contenu étant le fruit de l'histoire individuelle.

M. Klein et ses élèves ont considérablement élargi la notion de fantasme, qui devient le « représentant psychique de la pulsion » (S. Isaacs). Ce que les auteurs kleiniens postulent à la base du développement psychique, c'est donc moins des fantasmes au sens de Freud qu'un mode d'expression des pulsions dans leurs relations aux objets externes, une forme innée de cette expression pulsionnelle, qui conduit à l'idée d'une « préconception de l'objet » (M. Klein, W. Bion). Dans ce point de vue, l'objet externe vient occuper une place qui lui était prédestinée, où il était attendu et cette attente de l'objet en réalise déjà une certaine forme d'investissement et un certain mode de connaissance.

On le voit, ces différentes hypothèses ne peuvent être que conjecturales. Elles échapperont sans doute toujours aux possibilités d'observation directe et à toute vérification expérimentale. Elles sont pourtant nécessaires aux différentes théories dont elles émanent et qui s'appuient sur elles.

## II - LE NIVEAU ONTOGENETIQUE

L'ontogénèse concerne **le développement de chaque individu** à partir de son patrimoine génétique. La maturation biologique, notamment celle du système nerveux central, est à la

base de ce développement. Il est beaucoup plus difficile de savoir quelle est la part de l'équipement individuel pulsionnel et émotionnel. Y a-t-il dans ce domaine des différences individuelles et sont-elles repérables ?

Nous examinons ces questions dans ce paragraphe puis nous dégageons quelques aspects généraux de l'ontogénèse.

## A - LA MATURATION BIOLOGIQUE

La maturation est un phénomène global qui intéresse l'ensemble de l'organisme. Cependant c'est essentiellement la maturation du système nerveux central qui intéresse le psychiatre d'enfant. C'est d'elle seulement que nous parlerons. La maturation du système nerveux central s'étudie de trois points de vue : morphologique, biochimique et électrogénique.

### 1) Maturation morphologique

• *Maturation macroscopique.* C'est à 3 mois d'âge conceptionnel que le cerveau acquiert son individualité. Il augmente ensuite de poids et de volume régulièrement. Son aspect extérieur change progressivement : il est d'abord lisse, puis apparaissent à sa surface des replis appelés sillons (primaires, secondaires et tertiaires).

A la naissance, son aspect macroscopique est proche de celui de l'adulte, cependant ses parties antérieures (lobes frontaux et temporaux) sont moins développées que ses parties postérieures. Les sillons tertiaires n'ont pas achevé leur développement. Surtout son volume est moins important que celui du cerveau adulte.

Pendant la première année, l'augmentation de volume du cerveau est très importante, elle entraîne une augmentation du périmètre crânien, qui est aussi grande pendant la première année que de un an à l'âge adulte. Le cerveau d'un enfant de 1 an est en tout point comparable à celui de l'adulte, cependant les sillons tertiaires et les circonvolutions continuent à se développer pendant les premières années.

• *Maturation microscopique.* Sur le plan histologique, il faut souligner deux faits fondamentaux : à la naissance tout le patrimoine de neurones est constitué ; il n'y a plus production de nouveaux neurones au-delà du 9e mois d'âge conceptionnel. Par contre les connexions entre neurones continuent à se développer.

La maturation est asynchrone, c'est-à-dire qu'elle ne se fait pas au même rythme dans les différentes parties du névraxe. D'une manière générale c'est d'abord les parties les plus basses du névraxe, qui sont aussi les parties phylogénétiquement les plus archaïques, qui sont matures. A la naissance la maturation de la moelle, du tronc cérébral et des noyaux gris cérébraux semble acquise. Celle des hémisphères cérébraux et du cervelet se poursuit pendant les premières années de la vie.

Les stades les plus tardifs de la maturation sont ceux au cours desquels les connexions du néocortex cérébral avec les formations sous-corticales et le cervelet s'organisent et où se développent les aires secondaires d'association du cortex cérébral.

Les neurones du cortex cérébral et du cortex cérébelleux sont disposés chez l'adulte en couches superposées (6 couches dans le cortex cérébral, 3 dans le cortex cérébelleux). On appelle cette disposition organisation architectonique du cortex. Cette organisation s'ébauche à la 28e semaine d'âge conceptionnel. Elle existe donc à la naissance, mais la stratification est

moins nette que chez l'adulte et la densité cellulaire est beaucoup plus grande. Au cours du développement post-natal, la densité cellulaire diminue du fait de l'expansion du cortex et du développement des arborisations dendritiques, qui écartent les neurones les uns des autres.

Rappelons que les neurones, cellules fonctionnelles du système nerveux, sont composés d'un corps cellulaire et de prolongements : dendrites, qui sont de fins prolongements arborescents et le plus souvent très courts - axone, prolongement plus volumineux, unique, qui peut devenir très long. Ce sont les axones qui constituent en se groupant les longs faisceaux du système nerveux central et les nerfs périphériques. La plupart des axones s'entourent d'une substance protéino-lipidique, la myéline, qui joue un rôle important dans la conduction de l'influx nerveux. Le développement de ces gaines de myéline ou myélogénèse a été soigneusement étudié. La myélogénèse débute dans les derniers mois de la vie intra-utrine et se poursuit au moins pendant les deux premières années de la vie post-natale. Elle a une progression ascendante : à la naissance elle est presque achevée dans la moelle alors qu'elle est inexistante dans les hémisphères cérébraux et le cervelet.

On a fait jouer un rôle capital à la myélogenèse pour la maturation fonctionnelle du système nerveux. On pensait qu'une voie nerveuse n'était fonctionnelle qu'une fois qu'elle était myélinisée et que par conséquent la maîtrise par l'enfant de ses fonctions perceptives, motrices et sphinctériennes suivaient l'ordre de la myélinisation. On est moins sûr de cela aujourd'hui. D'autres aspects de la maturation interviennent, le développement des corps cellulaires, celui des arborisations dendritiques et des interconnexions neuronales. La myélinisation est un des aspects de la maturation fonct onnelle d'un circuit nerveux, mais il ne peut être isolé des autres aspects.

### 2) Maturation biochimique

Nous citerons seulement trois faits à propos des aspects biochimiques de la maturation du système nerveux central, qui est extrêmement complexe et encore assez mal connue :

— la plus grande résistance à l'anoxie du cerveau du nouveau-né, par rapport à celui de l'adulte ;

— la faiblesse des réserves glycogéniques du nouveau-né, qui explique la dépendance du cerveau par rapport aux apports glucidiques extérieurs ; il est donc essentiel de ne pas laisser le nouveau-né en état de carence d'apports glucidiques ;

— les effets d'une carence d'apports protidiques sur la maturation du système nerveux central, que l'on peut mettre en parallèle avec l'augmentation importante du taux de protéines intra-cérébrales : 3,80 g de protéine pour 100 g de tissu frais chez le fœtus ; 8,99 g pour 100 g chez l'adulte. On a montré que la carence d'apport protéique pendant la grossesse et dans les premières années de la vie post-natale, carence fréquente dans certains pays du tiers monde, entraînait une diminution du poids du cerveau, un retard de la maturation histologique et un abaissement du Q.I.

### 3) Maturation bioélectrique

Des enregistrements électroencéphalographiques ont été faits dès le 5e mois d'âge conceptionnel chez des prématurés (Dreyfus-Brisac et coll.). Ils montrent une activité en bouffées venant entrecouper un tracé plat. Ces bouffées sont anarchiques, asynergiques d'un hémisphère à l'autre et asynchrones sur un même hémisphère.

Au 8e mois d'âge conceptionnel, le tracé devient continu et diffus, la synergie interhémisphérique s'ébauche. On voit apparaître une réactivité aux stimuli sensoriels et une différenciation des tracés de veille et de sommeil.

Il n'y a pas ensuite de modification notable jusqu'à l'âge de 3 mois après la naissance. La naissance elle-même n'apporte pas de changement notable. A trois mois commence à apparaître une organisation topographique, avec une rythmicité des ondes occipito-pariétales qui sont entraînées par la stimulation lumineuse intermittente. La réactivité aux stimuli sensoriels se précise.

A 5 mois les rythmes occipitaux prennent un aspect sinusoïdal qui préfigure le rythme alpha de l'adulte, bien qu'ils soient plus lents (4 à 6 cycles/s) et d'amplitude supérieure.

Par la suite le rythme de base évolue vers une diminution de son amplitude et une accélération de son rythme pour atteindre un rythme de la bande alpha vers 3 ans (8 à 9 c/s.). Cependant l'électroencéphalogramme de l'enfant reste caractérisé par la coexistence, avec ce rythme alpha pariéto-occipital, d'un rythme théta abondant et diffus et d'ondes lentes isolées ou groupées en bouffées. Ce n'est qu'au cours de l'adolescence que l'on voit l'électroencéphalogramme prendre les caractéristiques du tracé de l'adulte. Le rythme alpha devient progressivement prépondérant, tandis que les rythmes théta et les ondes lentes disparaissent.

Les trois aspects, morphologique, biochimique et électrique de la maturation semblent concordants. On est cependant encore mal informé sur leurs interrelations.

## B - REACTIVITE EMOTIONNELLE ET EQUIPEMENT PULSIONNEL

Il est probable que tous les enfants ne naissent pas avec les mêmes potentialités de réactivité émotionnelle et d'expression pulsionnelle. Plusieurs psychanalystes ont fait l'hypothèse de différences individuelles qui rendraient compte du risque d'évolution vers tel ou tel type de pathologie.

Ainsi Freud a postulé une précocité du développement du Moi, par rapport au développement pulsionnel à l'origine de la névrose obsessionnelle (« Prédisposition à la névrose obsessionnelle »). M. Klein suppose qu'il y a des différences constitutionnelles dans l'avidité et dans les pulsions envieuses. W.R. Bion suppose une capacité ou une incapacité constitutionnelle à tolérer les frustations.

Il est évidemment très difficile, voire impossible, de confirmer ou d'infirmer ces suppositions, d'autant plus que les notions de pulsion, d'avidité, de tolérance aux frustations, ne se prêtent pas à des évaluations quantitatives.

Il est par contre possible jusqu'à un certain point d'étudier la réactivité des nouveaunés aux stimuli et leurs modes d'expression émotionnelle. Bergman et Escalona ont fait l'hypothèse qu'à l'origine de l'autisme infantile précoce il y avait une hypersensibilité aux stimuli visuels et auditifs.

J. de Ajuriaguerra et coll. ont étudié la réactivité de nourrissons à un stimulus simple, le souffle. Ils ont pu ainsi distinguer 4 types de nourrissons : les actifs-vifs, les actifs-lents, les excités-raides et les passifs-raides. Ces différents modes de réaction peuvent influencer l'établissement de la relation entre l'enfant et sa mère.

J. Kestenberg et coll. ont étudié la motricité des nourrissons dans ses rapports avec l'expression des besoins et des tensions émotionnelles. J. Kestenberg décrit un « flux de tension musculaire » qu'elle sépare en « flux libre de tension » et « flux lié de tension », selon qu'il y a mise en tension des muscles agonistes seuls, (par ex. les muscles fléchisseurs lors de la flexion d'un segment de membre) ou des muscles agonistes et antagonistes (d'où une restriction du mouvement), et un « flux de forme », qui correspond aux changements périodiques de forme du corps de l'enfant, qui « s'allonge et se rétracte, tout comme la configuration simple de l'amibe quand elle étend son pseudopode et le rétracte ». A partir de ces deux concepts, elle décrit différents aspects des comportements émotionnels et pulsionnels des nourrissons, dont certains moins bien adaptés en font des nourrissons « vulnérables ». Cette notion de *vulnérabilité* intéresse beaucoup les psychiatres d'enfant et a fait l'objet d'une importante mise au point lors d'un congrès international en 1974, où on s'est efforcé de définir d'une part les indices, les signes de cette vulnérabilité, et d'autre part les facteurs qui peuvent l'engendrer. Cette notion paraît fructueuse, à la condition d'être définie avec rigueur et de ne pas amener une simplification et un réductionnisme étio-pathogénique, de même qu'une « chosification » de concepts métapsychologiques.

## C - ASPECTS GENERAUX DE L'ONTOGENESE

### 1) Le problème des stades de développement

Certains auteurs décrivent le développement de l'enfant par stades successifs, ordonnés de manière immuable et nécessaire. C'est le cas notamment de J. Piaget à propos du développement cognitif (voir chapitre « développement de l'intelligence »). C'est aussi ce que fit Freud pour le développement libidinal et ce qu'ont fait d'une manière particulièrement nette A. Freud et ses élèves. D'autres, au contraire, considère le développement comme un processus continu et jugent artificiel d'y découper des stades.

La vérité est probablement à mi-chemin de ces positions extrêmes. Certes, le développement ne s'opère pas par saut. Il est progressif et il y a inévitablement une part d'arbitraire dans le découpage des stades. Cependant ce repérage n'est sans doute pas entièrement arbitraire, il peut correspondre à certains plans d'articulation de la réalité. Il est certain qu'il y a une logique dans le développement, qu'un niveau d'organisation de la personnalité ou qu'un niveau de fonctionnement cognitif ne peut pas être atteint sans que certaines étapes préalables aient été franchies.

La critique de la notion de stade doit plutôt, à notre avis, porter sur l'usage pratique qui peut en être faite. Autant décrire des stades de développement nous paraît légitime et justifié par la réalité clinique, autant décrire un enfant en terme de stades, le mettre ainsi en équation nous paraît très critiquable. C'est en effet gravement méconnaître la variabilité et la fluidité du développement individuel et surtout la relativité de nos moyens d'évaluation qui ne peuvent jamais prétendre enfermer une personnalité dans un schéma.

### 2) Loi de différenciation

Quel que soit le secteur du développement de l'enfant, on assiste toujours à un processus de différenciation, c'est-à-dire que ce qui était d'abord confondu devient distinct. L'enfant effectue son développement en découvrant de nouvelles distinctions.

C'est ainsi que, dans son développement affectif, l'enfant doit progressivement se différencier de l'autre et différencier les autres entre eux. On retrouve la même loi dans les développements linguistique, psycho-moteur et intellectuel.

Pour comprendre ce qui se passe dans les tout premiers stades du développement de l'enfant, il faut donc se départir d'un certain point de vue naïf qui nous fait considérer beaucoup de choses comme évidentes ; par exemple, que nous sommes différents, séparés les uns des autres, que notre imagination est différente des phénomènes extérieurs. Tout cela, l'enfant doit le découvrir peu à peu et la psychopathologie montre de nombreux exemple d'échec dans ces différenciations.

### 3) Loi d'équilibration

Elle a été formulée par J. Piaget à propos du développement intellectuel, mais elle nous paraît valable pour n'importe quel secteur du développement. Elle répond au fait qu'à tous les moments de son développement le psychisme réalise un état d'équilibre entre les différentes exigences intérieures et extérieures. Ainsi se créent des organisation propres à chaque stade, qui ont leur logique interne et qu'il faut étudier en elles-mêmes. Cela conduit à s'écarter d'un point de vue adultomorphique qui consiste à considérer l'enfant comme un adulte imparfait ou en miniature, pour le considérer en lui-même, avec son propre fonctionnement.

## III - LE NIVEAU EPIGENETIQUE

Les prochains chapitres développeront les aspects de l'épigénèse qui concerne le développement psycho-moteur, intellectuel, linguistique et affectif. Dans ce chapitre nous posons la question générale de *la nature du* **milieu** *dans lequel le psychisme de l'enfant doit et peut se développer.* Tout le monde s'accorde sur la nécessité, pour ce développement, d'un milieu humain. Les observations d'« enfants sauvages » viennent démontrer les limites du développement psychique en dehors d'une interaction avec des êtres humains. Mais il y a des divergences sur la façon de définir ce milieu humain.

1) Pour les uns, le milieu humain est défini par l'apport d'un certain nombre de stimulations, sensorielles, cognitives, émotionnelles etc..., qui sont nécessaires à l'apprentissage. Faute d'un type de stimulation, le développement correspondant ne se fait pas. C'est le cas, par exemple, des enfants sourds profonds, qui n'apprennent pas à parler spontanément.

Ce point de vue est irréfutable, mais il est peut-être insuffisant. Le milieu humain nécessaire au développement de l'enfant n'est-il qu'une addition de stimulations ? Comment alors l'enfant sélectionne-t-il ces stimulations pour organiser son monde et sa personnalité ? A-t-il un programme génétique qui lui permette de le faire et le milieu ne joue-t-il qu'un rôle d'aliment ?

2) Pour d'autres auteurs, le milieu humain est davantage qu'un ensemble de stimulations, c'est un véritable milieu organisateur, une matrice à l'intérieur de laquelle se développe le psychisme. C'est l'originalité de la psychanalyse d'avoir soutenu et développé ce point de vue. Fondée sur l'exploration du psychisme humain dans la relation transférentielle, la psychanalyse était bien placée pour mettre l'accent sur le développement du psychisme dans la relation de l'enfant à sa mère, puis au couple de ses parents, ces relations jouant un véritable rôle organisateur.

Ce point de vue est d'une importance cruciale pour la psychopathologie, d'une part parce qu'il donne un moyen de comprendre à travers la dynamique du transfert la nature de certaines perturbations psychiques, d'autre part parce qu'il donne des moyens thérapeutiques dans la mesure (sans doute partielle) où ce qui n'a pas pu s'organiser dans les relations primordiales peut se réorganiser dans une relation thérapeutique.

Cette conception du milieu dans lequel le psychisme de l'enfant se développe ne rejette nullement le rôle de l'hérédité ni celui des stimulations mais elle insiste sur le rôle de médiation de la relation humaine qui s'instaure entre l'enfant et son entourage et à travers laquelle les apports de l'hérédité et de l'environnement prennent sens.

## BIBLIOGRAPHIE


AJURIAGUERRA (J. de), HARRISON (A.), LEZINE (I.). — Quelques aspects de la réactivité émotionnelle dans la première année. Psychiatrie de l'enfant, 1967, vol. X, fasc. 2, pp. 293-380.

AJURIAGUERRA (J. de). — L'inné et l'acquis. Psychiatrie de l'enfant, 1973, vol. XVI, fasc. 1, pp. 269-291.

ANTHONY (E.J.), CHILAND (C.) et KOUPERNIK (C.). — The child in his family, volume 4 : Vulnerable children. John Wiley and Sons, New York, 1978.

BION (W.R.). — Elements of psychoanalysis. Heinemann Edit., London, 1963.

BOWLBY J. — Attachement et perte. Vol. I : l'attachement. Vol. II : la séparation, angoisse et colère. Presses univ. France, 1978.

CHANGEUX (J.P.), DANCHIN (D.). — Apprendre par stabilisation sélective de synapses en cours de développement. In « L'unité de l'homme » par E. MORIN, M. PIATTELLI-PALMARINI, tome 2, Seuil, Paris, 1974, pp. 58-88.

CHOMSKY (N.). — Le langage et la pensée. Payot, Paris, 1970.

DANCHIN (A.). — Ordre et dynamique du vivant. Seuil, Paris, 1978.

FREUD (S.). — La naissance de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1969.

FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard, Paris, 1962.

FREUD (S.). — La disposition à la névrose obsessionnelle. In « Névrose, psychose et perversion », P.U.F., Paris, 1973, pp. 189-197.

JACOB (F.). — La logique du vivant. Gallimard, Paris, 1976.

JEANNEROD (M.). — Les deux mécanismes de la vision, 1974. La recherche, n° 41, pp. 23-32.

JUNG (C.G.). — L'homme à la découverte de son âme. Editions du Mont-Blanc, Genève, 1944.

KESTENBERG (J.S.), MARCUS (H.), ROBBINS (E.), BERLOWE (J.), BUELTE (A.). — Le développement de l'enfant tel qu'il s'exprime au travers de mouvements corporels. Psychiatrie de l'enfant, 1976, vol. XIX, fasc. 2, pp. 495-515.

KLEIN (M.), ISAACS (S.), HEIMANN (P.) RIVIERE (J.). — Développements de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1966.

KOUPERNIK (C.), ARFOUILLOUX (J.C.). — Neurobiologie et neurologie du développement, in « Traité de psychologie de l'enfant », par H. GRATIOT-ALPHANDERY, R. ZAZZO. P.U.F., Paris, 1970, vol. II, pp. 217-313.

LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la psychanalyse, P.U.F., Paris, 1967.

LEBOVICI (S.), SOULE (M.). — Connaissance de l'enfant par la psychanalyse, P.U.F., Paris, 1974.

MONOD (J.). — Le hasard et la nécessité. Seuil, Paris, 1970.

PIAGET (J.) — La psychologie de l'intelligence. Armand Colin, Paris, 1947.

PRIVAT (A.). — L'inné, l'acquis et les moustaches de la souris. La recherche, 1973, n° 35, pp. 592-593.

# DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

## I - GENERALITES

L'étude de l'évolution de la motricité de l'enfant dans ses rapports avec le développement psychique ne fait que souligner une évidence : l'importance des interrelations psychiques et motrices chez tout individu et chez l'enfant en particulier. L'activité motrice, « instrument » essentiel dans la connaissance et la maîtrise du milieu, ne peut évidemment pas être uniquement considérée d'un point de vue neuro-physiologique ; elle est aussi le reflet de la vie psychique.

### A - LA NOTION DE PSYCHOMOTRICITE

La notion de psychomotricité, considérée dans son sens large, recouvre ce domaine vaste et complexe des interactions psychiques et motrices.

Elle a été *introduite par* E. Dupré, autour des années 1900, pour souligner la relation étroite entre les acquisitions motrices et le développement intellectuel, relation reprise plus tard sous le nom de loi du parallélisme psycho-physiologique ou de concordance des développements psychique et moteur dans la première enfance. Cette loi énonce qu'au cours de celle-ci, un développement moteur normal témoigne d'un développement intellectuel normal. G. Heuyer l'a illustré dans une formule percutante : « l'enfant qui marche à un an, dit ses premiers mots à un an, les premières phrases de 18 mois à 2 ans, est propre à 15 ou 18 mois, aura, si aucun accident n'intervient, un développement intellectuel normal ». Cette formulation est évidemment très schématique, trop pour tenir compte de la complexité des phénomènes caractérisant le développement de l'enfant ; elle n'en garde pas moins de la valeur d'un point de vue pratique, même si des discordances précoces peuvent se voir, sous la forme d'un retard de maturation motrice isolé sans déficit intellectuel par exemple.

*Les liens entre motricité et intelligence* ne sont pourtant pas réduits à la constatation précédente. Il est clair que l'activité motrice, dans la mesure où elle est intentionnelle, ne peut être séparée des domaines de la connaissance et de l'intelligence, celle-ci étant envisagée là dans son sens d'aptitude à résoudre des problèmes et à s'adapter à des situations nouvelles. L'expérience passe d'abord par le corps et l'intelligence se construit dans l'action, comme l'a souligné H. Wallon. Mais en même temps les modalités de l'activité motrice sont fonction des possibilités mentales ; par exemple, vers 18 mois, avec la faculté d'intériorisation mentale, de se représenter ce qui a été perçu et agi, avec la mise en place des fonctions symboliques et du langage, l'action prend une dimension nouvelle ; de collée au concret, à l'immédiat, elle devient plus complexe et s'exprime dans des conduites de plus en plus élaborées : gestes symboliques etc...

*Les relations entre motricité et affectivité* sont aussi très étroites. Le retentissement de la vie émotionnelle sur le tonus et la posture est important ; H. Wallon l'a bien montré, qui parle d'un « dialogue tonique » dans la relation à autrui, « précédant le dialogue verbal ». Est-il besoin de souligner d'autre part que l'activité motrice et sensorielle de l'enfant, laquelle peut être en soi une occasion importante de plaisir et donc de progrès, est très subordonnée au partenaire de la relation, à la source de stimulations et d'échanges affectifs, au modèle d'imitation et d'identification qu'il représente ? Bref, la vie relationnelle est motivation puissante au développement psychomoteur. L'étude des carences affectives précoces l'a bien montré.

## B - LES LOIS DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Le développement psychomoteur de l'enfant va s'effectuer selon un schéma et des lois déterminés.

1) L'acquisition d'une fonction dépend de *l'élaboration des structures anatomiques* qui lui sont indispensables. Il a été montré par exemple (Flechsig) que l'évolution de la motricité et la modification de certains réflexes comme le cutané plantaire sont parallèles à la maturation progressive du système pyramidal.

2) L'évolution est caractérisée par plusieurs faits :

*La loi de la différenciation* implique que la motricité, globale, de masse et faite de décharges généralisées à tout le corps et en particulier aux membres chez le nouveau-né, s'affine progressivement, prend forme, se différencie en activités de plus en plus localisées, fines et adaptatives au fur et à mesure du développement. Il faut cependant noter que, dès la période néo-natale, il y a par exemple une ébauche de différenciation au niveau de la motricité faciale : des moues d'insatisfaction et de satisfaction sont observées dès la première semaine. Il faut aussi remarquer le contraste frappant chez le nouveau-né entre le caractère irrégulier et mal coordonné des activités motrices, des membres notamment, et la perfection d'un certain nombre de montages comportementaux innés, les mouvements complexes des lèvres, de la langue, du pharynx, lors de la tétée, par exemple.

— Cette évolution se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif, d'une maturation. Mais le rythme de celle-ci n'est pas parfaitement uniforme et continu. Comme l'a montré H. Wallon, on peut parler de *loi de variabilité :* il y a des progressions rapides, puis des stagnations et même parfois de véritables régressions précédant une brusque transformation de tout l'ensemble. Aussi reconnaît-on dans cette progression plus ou moins continue de soudaines mutations, phases capitales où une transformation fonctionnelle semble brusquement surgir. H. Wallon parlait à ce propos de crises, A. Gesell d'âges-clés ; l'école de Piaget insiste sur la notion de stades, notion discutée par certains qui considèrent comme un découpage artificiel, nous l'avons vu, cette manière de décrire en tranches le développement, processus ininterrompu.

— Quant à l'ordre de succession qui préside à cette maturation progressive et à l'éclosion de nouvelles fonctions, il est dans son ensemble d'une remarquable constance et se retrouve chez tous les enfants. De manière schématique, deux lois rendent compte de cet ordre de succession.

*La loi céphalo-caudale* (caractéristique des vertébrés) de C.E. Coghill énonce que les muscles de l'axe du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle volontaire qu'ils sont plus

proches de l'extrémité céphalique : d'abord les muscles oculaires (poursuite oculaire), puis les muscles de la nuque (tenue de la tête), enfin les muscles du tronc (station assise).

*La loi proximo-distale* indique la même chose à propos des muscles des membres, à savoir que plus ces muscles sont proches de l'extrémité céphalique, plus ils sont tôt sous contrôle volontaire : le contrôle de la motricité des racines des membres précède celui des extrémités distales.

La constance dans l'ordre d'apparition des grandes acquisitions motrices a permis l'établissement de tests de développement psychomoteur de la première enfance dont A. Gesell a été le promoteur.

3) Enfin, quoique soumis à des contraintes organiques rigoureuses (qualité de l'équipement à la naissance, absence d'altération post-natale), le développement psychomoteur non seulement n'échappe pas *aux conditions extérieures* mais encore a besoin des stimulations du milieu extérieur pour se réaliser pleinement. *La vie relationnelle est indispensable à l'organisation fonctionnelle des structures nerveuses.*

## II - DE LA NAISSANCE A DEUX ANS

### A) LE NOUVEAU-NE

Pendant ces premiers jours, le nouveau-né, dont nous pouvons rappeler qu'à la naissance il pèse, le plus souvent, entre 3 et 4 kg, mesure une cinquantaine de centimètres et a un périmètre crânien compris entre 34 et 36 cm inclus dans 3/4 des cas, présente des caractéristiques assez particulières de sa psycho-motricité.

Son *tonus musculaire* au niveau des membres est de type « hypertonie physiologique », donnant une résistance très spéciale cédant par saccades si on essaie d'étendre les membres qui sont généralement fixés en flexion. Par contre, la tête est ballante, suivant avec la pesanteur les positions d'inclinaison du tronc.

La *motricité spontanée*, laquelle est évidemment très liée au niveau de vigilance du bébé, est faite, en phase d'activité éveillée, de mouvements diffus des membres, inadaptés, d'allure anarchique, bilatéraux mais sans véritable symétrie aux membres supérieurs ou souvent alternés aux membres inférieurs, de type « choréiforme ». Au niveau de la face, on a vu que, dès la première semaine, existe une motilité qui n'a pas encore valeur de communication pour l'enfant mais peut en prendre une pour la mère, et qui est faite de mimiques d'insatisfaction et de satisfaction.

Le nouveau-né est pourvu d'un certain nombre de montages comportementaux qu'on appelle *automatismes primaires* ou *réflexes archaïques*. En fait, ces deux termes ne sont pas strictement synonymes. Ils ont été employés par les auteurs, tantôt en référence à des comportements présents dès la naissance qui peuvent soit disparaître, soit évoluer par la suite et par exemple former la base de conduites intentionnelles ultérieures (dans ce cas automatisme primaire est plus adéquat), tantôt en référence à l'étude de réflexes qui disparaissent ultérieurement (en ce sens réflexe archaïque est préférable).

L'importance de ces réflexes primaires est grande. Ils sont les premiers montages-réponses à des stimuli de l'environnement. Un grand nombre d'entre eux ont une valeur

fonctionnelle et adaptatrice essentielle, en particulier ceux qui permettent l'alimentation. D'autres ont une finalité moins apparente et pourraient être des traces de conduites phylogénétiquement disparues. Leur absence est souvent un signe d'immaturité neurologique. Leur disparition ou leur évolution, laissant la place en donnant lieu à des conduites plus élaborées, est aussi le témoignage d'une bonne maturation. Dans certains cas, leur persistance au-delà d'un âge donné peut être le signe d'un retard ou d'un trouble du développement.

On peut, avec C. Koupernik et J.L. Arfouilloux, distinguer schématiquement trois types de réactions : des réflexes de protection et d'évitement ; des réactions d'adaptation du tonus postural ou réalisant des formes élémentaires de locomotion ; des réflexes d'orientation vers le stimulus, qui semblent jouer un grand rôle, notamment dans l'alimentation.

*Le réflexe de Moro* est le réflexe archaïque le plus connu. Très étudié en France par André-Thomas et S. Saint-Anne-Dargassies, il s'agit d'une réponse stéréotypée d'extension bilatérale des membres supérieurs avec abduction des bras, suivie, dans un mouvement d'embrassement, d'un retour des bras sur la ligne médiane. Il est déclenché par diverses stimulations proprioceptives (sensibilité des mouvements et des postures liée aux récepteurs sensoriels situés notamment dans les muscles et tendons) : on frappe violemment sur le coussin où repose le nourrisson ou on imprime un net mouvement aux pieds (élévation) ou à la tête (laisser tomber celle-ci en arrière, de 30° environ). Saint-Anne-Dargassies préfère la manœuvre suivante, dont elle dit qu'elle est la plus douce et la plus fidèle : « l'enfant, saisi par les poignets, est attiré vers le haut afin de simplement déplacer le point d'appui occipital de la tête... puis il est relâché, le vif retour à la position initiale déclenche le réflexe... ». La date de disparition de ce réflexe est discutée, mais sa persistance au-delà de 6-7 mois est considérée comme pathologique. D'autres réflexes archaïques (réflexes de redressement, de la marche automatique, du passage du bras, d'incurvation du tronc, d'enjambement d'un obstacle, grasping-reflex, réflexes nociceptifs divers...) peuvent être recherchés lors de l'examen neurologique qui permet par ailleurs de noter que les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et diffusés et que le réflexe cutané plantaire se fait généralement en extension (du gros orteil) jusqu'à 6-8 mois.

Il est intéressant de citer encore dans ce bref abord des réflexes primaires, deux montages comportementaux qui ont une finalité évidente et une place importante dans la relation précoce mère-enfant. Le premier est le réflexe de fouissement, réflexe d'orientation vers le sein qui permet au nouveau-né de trouver et de sucer le mamelon. Les études neurologiques montrent que, provoqué par une stimulation de la zone buccale ou péri-buccale, il consiste en un lent mouvement de la tête vers le stimulus et se fond immédiatement en un réflexe de succion. En fait, on peut décrire tout *un comportement de fouissement* bien plus complexe qui témoigne d'un certain degré de coordination de la part du couple mère-enfant ; dans certaines conditions particulièrement favorables, par exemple celles réalisées par les naissances « sans violence » s'inspirant de la technique d'accouchement proposée par Leboyer, ce comportement de fouissement peut parfaitement s'exprimer, semble-t-il, vingt à trente minutes après la naissance et donner lieu à une première tétée précoce dont on peut imaginer les effets bénéfiques pour le nouveau-né et sa mère ; dans le déclenchement de ce comportement, la peau est particulièrement impliquée : un contact étroit mère-enfant est nécessaire ; le nouveau-né ne trouve le sein de sa mère que s'il a été placé sur le ventre de sa mère, peau contre peau ; ses mains doivent être libres ; mais l'olfaction, l'audition (de la voix de sa mère) et peut-être la vue ne paraissent pas inopérantes.

Les réflexes labiaux, de succion, de déglutition sont tout aussi fondamentaux : ils s'inscrivent à la suite d'un réflexe de fouissement ou de mouvements de la tête d'avant en

arrière ou simplement d'une stimulation de la région orale. Le réflexe de succion peut être obtenu avec pratiquement n'importe quoi. Beaucoup d'auteurs rapportent l'observation initiale de Preyer qui a constaté chez un enfant en train de naître et dont la seule tête se montrait, que le bout d'un crayon glissé entre les lèvres provoquait cette succion. C'est assez dire du caractère inné de cette réponse dont on a pu montrer par la suite l'existence chez le fœtus qui parfois suce son pouce. *Le comportement de succion* qu'il entraîne a un rôle évident sur le plan de l'alimentation et de la nutrition du nouveau-né ; mais, comme de nombreux travaux l'ont montré, notamment ceux de Margaret Ribble vers les années 1940, il apporte aussi des gratifications orales extra-alimentaires qui ont une grande importance dans la survenue de la détente. La succion est par ailleurs un comportement où le nouveau-né manifeste très tôt son besoin d'activité.

Bien entendu, les cris, les pleurs, les premiers exercices vocaux du nouveau-né représentent des activités motrices à part entière dont les liens avec sa vie affective sont évidents.

En ce qui concerne *les possibilités sensorielles,* on a pu dire ou écrire parfois que le nouveau-né est pratiquement aveugle ou sourd. Il n'en est rien. On met en effet actuellement l'accent sur un certain degré de « *compétence* » perceptivo-motrice du bébé, dès la naissance. S'il semble bien, comme le pense R. Spitz, qu'on puisse parler d'un certain seuil de défense contre ce qui vient de l'extérieur, alors qu'en revanche les stimuli internes, intéroceptifs (viscéraux) et proprioceptifs ont une influence prépondérante sur le vécu du nouveau-né, il est probable que les organes sensoriels sont parvenus à un bon niveau de maturité. Il faut remarquer que nos connaissances précises sur la vie sensitive et sensorielle du nouveau-né sont encore très fragmentaires et parfois incertaines.

L'importance de *la sensibilité cutanée,* des sensations gustatives et de l'olfaction (on peut repérer nettement, dès les 3e-4e jours, chez le bébé, une discrimination olfactive lui permettant de distinguer l'odeur de sa mère de celle d'une autre mère) est très généralement reconnue. Notons à ce sujet que les contacts cutanés sont de plus en plus fréquemment reconnus comme primordiaux dès le début des relations de l'enfant, en particulier à la suite des travaux de Harlow sur le singe et de Bowlby chez l'enfant.

Pour leur plus grande part, les imperfections de *la vision* chez le nouveau-né concernent apparemment moins le système sensoriel récepteur proprement dit que le système moteur oculaire. Ceci tient à l'inachèvement de la maturation nerveuse et motrice et à l'absence corrélative de certains automatismes visuels qui n'apparaissent que secondairement (accomodation visuelle, convergence et coordination binoculaires).

Selon E. Vurpillot, il semble que, dès la période néo-natale, l'enfant soit capable d'appréhender l'espace et en particulier de distinguer (de manière relative) l'espace proche de l'espace plus lointain : « une réaction d'évitement à l'approche d'un objet peut être mise en évidence chez des bébés de 1 à 3 semaines (Bower, Brouthton et Moore, 1970). Cette réaction apparaît même lorsqu'on remplace l'objet matériel par sa projection sur un écran ; on peut donc penser qu'elle n'est pas due aux stimulations tactiles engendrées par le flux d'air déplacé par l'objet... ».

Il n'existe pas d'accommodation visuelle (modification de la courbure du cristallin de l'œil telle que l'image de l'objet se forme sur la rétine, ce qui permet une vision nette) avant l'âge de 4 semaines. Vurpillot pense que le système est fixé sur une distance préférentielle de mise au point qui varie selon les sujets entre 10,5 cm et 45 cm. On sait que les yeux sont

sensibles à la lumière; le réflexe photo-moteur de contraction pupillaire est présent dès la naissance; on peut ainsi provoquer un réflexe de clignement si on illumine violemment l'œil.

Le nouveau-né est capable de certaines orientations des yeux et de fixations qui sont cependant le plus souvent vagues, imprécises, hésitantes, souvent interrompues par des mouvements involontaires de la tête ou du corps, ceci en fonction de différents types d'informations émanant du champ : modifications de l'éclairage, déplacements d'objet, différence de brillance, contraste des couleurs. Vers l'âge de trois semaines environ, la fixation est plus nette. Il est intéressant cependant de noter que, dans de bonnes conditions de détente et d'éveil calme, le bébé, à peine venu au monde, est capable de fixer et de suivre des yeux un objet en mouvement, par exemple une petite balle rouge se déplaçant lentement à 30 ou 40 cm de ses yeux. Il semble même exister dès la naissance une attirance vers le visage humain, ce qui amène à penser que le bébé est programmé pour soutenir d'emblée *les échanges par le regard* avec l'adulte.

*L'audition* du nouveau-né a été moins étudiée que sa vision. Vurpillot (1972) estime après un examen critique de diverses expériences, sans témoigner toutefois d'une conviction absolue, que « le système auditif de l'enfant est vraisemblablement fonctionnel dès la naisnaissance et peut-être avant ». De nombreuses observations récentes démontrent bien que le bébé entend bien dès la naissance (et même pendant la grossesse, dès le 5e-6e mois intra-utérin). Les observations de J. et M. Postel (1975) montrent que dès la deuxième semaine l'enfant a une réaction de sursaut (ébauche de réflexe de Moro) et d'éveil (lorsqu'il est en état de sommeil) à tout bruit, même d'intensité faible, dont la source est à une distance inférieure à 3-4 mètres de lui. Cette perception auditive très précoce de l'espace est interprétée comme un comportement inné dont la finalité défensive (réveil de la mère) pourrait être expliquée par la phylogénèse. On note par ailleurs que le bébé répond plus fréquemment aux stimuli auditifs complexes et prolongés, dont les fréquences correspondent à celles de la voix humaine, qu'aux sons purs ou de fréquences autres.

Il nous semble que les données que nous venons de citer concernant la vision et l'audition peuvent peut-être nous amener à réviser, en partie, les conceptions actuellement classiques sur les premières relations d'objet et la fameuse « indistinction » du nouveau-né avec son milieu.

## B) L'ENFANT JUSQU'A 2 ANS

**L'enfant acquiert progressivement pendant les deux premières années des capacités motrices et perceptives qui lui confèrent peu à peu des possibilités d'action et d'échange avec le milieu extérieur et un certain degré d'autonomie constituant les bases de l'élaboration de la personnalité.**

### 1) La sensorialité :

Dans ce domaine, le fait essentiel est le perfectionnement de la vision et de l'audition et, lié à celle-ci, un déplacement des investissements perceptifs vers les récepteurs à distance.

*La vision* met en jeu, nous l'avons dit, un facteur moteur et un facteur perceptif.

La poursuite oculaire vraie d'un objet est parachevée à 6 semaines. La fixation oculaire prolongée est nette dans le troisième mois. L'accommodation visuelle atteint une parfaite efficacité vers trois mois et demi.

Nous avons vu l'intérêt très précoce du bébé pour le visage humain, plus particulièrement d'ailleurs au tout début pour la partie supérieure et les yeux. Ce n'est que pro-

gressivement qu'il va repérer l'ensemble du visage, puis pouvoir différencier les visages entre eux. De même, il apprend peu à peu à reconnaître les objets.

*L'audition,* présente dès la naissance (et même avant celle-ci), continue à se perfectionner.

Mais ce qui devient de plus en plus net, ce sont *les capacités d'attention* du bébé, permettant ainsi des expériences perceptives plus précises et fines. Par ailleurs, on peut voir que la « compétence » perceptive du bébé ne se limite pas à ses capacités de perception et de discrimination des stimuli ; elle lui permet de sélectionner, de s'orienter vers ce qui est agréable et de se détourner de ce qui est déplaisant. Brazelton insiste sur la capacité précoce du bébé à moduler ses « états », c'est-à-dire sa vigilance, en fonction de la nature des stimulus.

**2) Le tonus musculaire :**

Au niveau des membres, à l'attitude en flexion succède (vers 4-5 mois) une attitude en extension ; à l'hypertonie néo-natale succède un certain degré d'hypotonie (vers 8-9 mois) qui ne commence à s'atténuer que vers 18 mois pour laisser la place, bien plus tard, à un tonus voisin de celui de l'adulte. L'évolution du tonus axial commande le développement postural.

**3) Le développement postural :**

Son perfectionnement progressif vérifie la loi céphalo-caudale.

a) *Le maintien de la tête :* Le contrôle du tonus des muscles du cou et de la nuque permettant le maintien de la tête dans le prolongement du tronc est acquis normalement vers l'âge de 3 mois. Mais c'est vers 5 mois que le port de la tête est parfaitement libre, première étape de l'acquisition de la verticalité, premier élargissement de l'horizon offert à l'enfant.

b) *La position assise :* La maîtrise de la station assise est acquise en général à l'âge de 8 mois ; mais dès 6 mois, l'enfant tient assis un moment, le tronc penché en avant, en équilibre sur les mains posées en avant.

c) *La station débout* est acquise progressivement. A 8-9 mois, l'enfant est capable de tenir debout quelques instants avec appui, en « pointant les fesses en arrière » A 10 ou 12 mois, la station debout est acquise, la lordose se dessine.

**4) La motricité spontanée :**

Les mouvements sans objet, sous forme de décharges, disparaissent peu à peu au profit de ceux qui ont trait à l'activité posturale ou à l'exécution de gestes liés à des objets extérieurs. Ceci dit, on a pu montrer, chose assez étonnante, que de jeunes bébés, dès la troisième semaine, savaient tirer la langue et ouvrir la bouche. *Ces imitations très précoces* supposent des capacités proprioceptives et motrices déjà remarquables. De même, on constate que le bébé peut, dès l'âge de deux ou trois semaines et toujours dans de bonnes conditions de détente, tendre la main vers les objets, si l'on supprime les mouvements parasites provenant des réflexes profonds du cou (et déclenchant le réflexe de Moro), en soutenant correctement la nuque ; on a pu parler ainsi de « motricité libérée ». Ce fait souligne et complète ce que l'on nomme réaction de pointage, capacité à tendre la main vers un objet attirant lorsque le bébé est couché sur le dos dès l'âge de huit à dix jours (Bower).

Nous ne pouvons que mentionner ici encore l'existence normale, dans certaines limites de fréquence et d'intensité, dans les premiers mois, de stéréotypies, mouvements circonscrits, répétitifs, très variables dans leur groupement et leur durée selon les enfants, et dont l'intensité ou encore la persistance sont sous la dépendance de facteurs affectifs : sté-

réotypies buccales (banale succion du pouce mais aussi de vêtements, grincement des dents), mouvements de l'exploration du corps propre, rythmies ou mouvements divers de balancement notamment lors de l'endormissement, décharges auto-agressives aussi, comme le fait de se cogner la tête, de se mordre les doigts etc...

**5) La préhension :**

La préhension volontaire active représente une activité très importante pour l'enfant désireux de reconnaître et de manipuler les objets. Après la localisation visuelle et l'approche de la main, c'est la préhension proprement dite dont l'évolution se fait ainsi :

— vers 5 mois environ, la préhension est cubito-palmaire : l'objet est saisi par les quatre derniers doigts, entre l'auriculaire et l'éminence hypothénar, le bras avançant en « rateau de croupier » ;

— vers 6 mois, la préhension devient digito-palmaire : tout se passe entre la paume et les quatre derniers doigts ;

— vers 7-8 mois, elle est radio-palmaire : l'objet est saisi entre le bord latéral du pouce qui commence à avoir un rôle actif et celui des dernières phalanges de l'index (pince inférieure de A. Gesell) ;

— vers 9-10 mois, elle est vraiment radio-digitale : l'objet est pris maintenant entre la pulpe du pouce et de l'index (pince supérieure de A. Gesell). L'enfant, libéré du réflexe tonique des fléchisseurs qui au début fermait sa main, peut ouvrir et fermer la main volontairement, jeter les objets et les reprendre, les donner ou les recevoir.

La préhension contribue également à l'exploration et à la reconnaissance du corps propre par sa coordination avec la vision mais aussi avec la sensibilité corporelle.

**6) La marche :**

Elle nécessite, outre le contrôle de la station verticale, une coordination suffisante permettant des mouvements alternés des membres inférieurs.

La marche normale est souvent préparée par la marche à quatre pattes. Vers 13-14 mois en moyenne, l'enfant lâche la main qui le soutenait et peut effectuer quelques pas de façon indépendante. La date de la première marche indépendante est en fait très variable (de 10 à 16 mois dans une étude de M. Stambak). On considère habituellement que l'absence de marche indépendante à 19-20 mois est anormale. Ceci dit, d'un point de vue cinétique, l'évolution de la marche, même acquise, est loin d'être terminée ; elle se poursuit jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans, dépendant en particulier de la maturation tardive des fonctions cérébelleuses.

La marche indépendante représente une étape capitale dans le processus d'individuation. Elle met en jeu non seulement des possibilités motrices mais aussi une certaine capacité à se lâcher sans réactions de peur voire de panique.

**7) La motricité impliquée dans la communication avec autrui s'enrichit donc progressivement :**

a) *Les sourires* apparaissent très tôt. On en observe dès la naissance. Il est généralement admis que les premiers sourires ont une source interne et accompagnent les états de satisfaction, en particulier alimentaires. Assez tôt, entre 2 et 8 semaines, selon les études, il peut être provoqué par des stimuli externes variés, visuels pour la plupart (intérêt à la partie supérieure du visage), mais également auditifs, venant des personnes, mais pas exclusivement. Mais c'est dans le troisième mois qu'il devient social et sélectif car il est le plus facilement obtenu par la présentation des visages. On observe, à ce moment-là, selon R. Spitz, « une *réponse par le sourire au visage humain,* de face, en mouvement », réaction « dirigée

et intentionnelle » fort importante au sein des échanges entre le nourrisson et sa mère et qui traduit, selon lui, un début de constitution de l'objet libidinal. L'élément actif du stimulus est constitué par le front, les yeux, le nez, le tout en mouvement. Spitz a bien montré que les enfants à cet âge souriaient aussi à un visage recouvert d'un masque dégageant les yeux et la bouche mais ne distinguent pas le visage de profil. L'explication généralement donnée est que ce sourire social est une conduite innée ou maturationnelle, au moins initialement. C'est bien plus tard que l'enfant commence à faire une discrimination entre les visages familiers et étrangers et vers 8 mois il manifeste en présence d'un visage inconnu des réactions de peur que R. Spitz décrit sous le nom « d'angoisse du 8e mois », on y reviendra.

b) Les mouvements s'organisent peu à peu au cours de la première année en *gestes orientés vers un but*, une intention, avant de devenir de vraies conduites symboliques (milieu et fin de la 2e année), comme nous le verrons lors de l'étude du développement intellectuel. Soulignons là, dans la réalisation des gestes, le rôle de l'imitation (classiquement à partir de la fin de la première année, en fait beaucoup plus précoce) puis celui de l'identification (dans les mouvements de négation, « le non » (R. Spitz) par exemple).

**8) Tableau de développement.**

Voici consignées en un tableau (Tabl. I) quelques données essentielles sur le développement psycho-moteur de l'enfant jusqu'à 2 ans, selon I. Lézine. Est-il besoin de rappeler qu'il ne s'agit que d'indications générales et qu'il existe *des variations individuelles importantes* quant aux âges d'apparition des diverses acquisitions ?

Les notions de base concernant les tests de développement psycho-moteur de la première enfance ou babby-tests sont abordées lors de l'examen psychologique.

TABLEAU I

TABLEAU DE DÉVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR

| | STATIQUE ET MOTRICITÉ | ADAPTATION-COORDINATION | JEUX | ALIMENTATION-TOILETTE |
|---|---|---|---|---|
| 4 mois = | Allongé sur le dos, sur le côté, sur le ventre. | Se redresse et s'appuie sur les mains, une fois mis sur le ventre ; préhension raide. | Secoue son hochet d'un mouvement brusque. | Pose parfois la main sur son biberon, le reconnaît depuis le troisième mois. |
| 6 mois = | Station dans le parc, début de reptation par glissement. | Pédalage varié ; s'arc-boute fortement ; tient assis avec soutien ; préhension palmaire. | Attrape ses pieds, commence à attraper des objets éloignés. | Boit à la tasse en tétant le bord. |
| 8 mois = | Tient longtemps assis dans sa chaise haute et dans le parc. | Se soulève pour s'asseoir ; fait le tonneau complet ; préhension active du pouce. | Joue à jeter les objets à terre et à les taper l'un contre l'autre. | Mange à la cuiller des purées et aliments plus solides. |
| 10 mois = | Debout dans son parc. | Debout avec appui, déplace un pied ; préhension. | Joue à coucou, met un objet dans une boîte. | Boit à la tasse ou à la timbale si on la lui soutient. |
| 14-15 mois = | Se précipite en avant pour marcher. | Explore en tous sens ; | Joue à remplir et vider, commence à emboîter. | Boit seul, commence à manger seul quelques cuillerées. |
| 18 mois = | Court sur la pointe des pieds. | Monte un escalier, main tenue ; pousse du pied un objet. | Aime les jouets à pousser et tirer, s'intéresse aux images. | Demande son pot dans la journée, peut remettre certains objets à leur place. |
| 24 mois = | Toujours en mouvement, recherches d'équilibre. | Monte et descend l'escalier. | Jeux d'imitation des activités de l'adulte. | Commence à ôter ses chaussures. |

d'après Irène Lézine (*Premiers Apprentissages - Premiers Problèmes*).

## III - A PARTIR DE DEUX ANS

L'évolution continue dans le sens d'un perfectionnement et d'une plus grande maîtrise des possibilités motrices et perceptives, dans le sens aussi d'une meilleure représentation par l'enfant de son propre corps et de l'espace.

### A) L'EVOLUTION DU CONTROLE TONICO-MOTEUR :

#### 1) **Comportement moteur général :**

L'enfant de 3 ans a une exubérance motrice qui rend compte de l'instabilité normale de cet âge. C'est un « bougillon » infatigable qui se dépense beaucoup, tout au plaisir de vivre et d'agir. Il va acquérir progressivement plus d'aisance, une plus grande liberté, une plus grande précision dans le geste pour parvenir vers 6-7 ans à un contrôle moteur et perceptif qui lui ouvrira les apprentissages scolaires.

#### 2) **Les progrès de la motricité fine :**

Ils se font simultanément grâce à une connaissance vécue de la main et des doigts, si bien qu'un enfant de 6-7 ans peut faire à peu près ce qu'il veut, à la force près.

#### 3) **Tonus musculaire et syncinésies**

*Le tonus de fond* recherché par l'extensibilité et le ballant des segments de membres (voir le chapitre examen psycho-moteur) atteint son état mature vers 7 à 10 ans seulement. Jusqu'alors, on observe un certain degré d'hyperextensibilité ou encore un blocage parasite (paratonie) du segment de membre lors de l'étude du ballant.

Quant *au tonus d'action,* il est représenté par *les syncinésies* qui sont des mouvements parasites au cours de l'exécution du geste, appelés à disparaître progressivement. Selon J. Berges, *les syncinésies d'imitation* observées aux membres supérieurs à la manœuvre des marionnettes unilatérales (l'autre main est le siège de contractions ou de mouvements synchrones) ont leur maximum de fréquences avant l'âge de 5 ans. *Les syncinésies axiales* (par exemple, l'ouverture active de la bouche entraîne un mouvement d'écartement des doigts) disparaissent avant 6 ans chez 80 % des sujets.

### B) LA LATERALISATION

*Une prévalence latérale* consistant en une asymétrie fonctionnelle du corps dont un côté est plus habile et utilisé préférentiellement, apparaît progressivement. C'est particulièrement net au niveau de la main : la plupart des individus ont une préférence marquée pour l'utilisation de la main droite dans les activités telles que l'écriture ou les travaux de précision ; cette dominance paraît s'étendre à l'usage du pied et aux organes sensoriels (œil directeur notamment). On parle de latéralité homogène lorsque main, pied, œil dominants sont concordants, du même côté.

De nombreuses hypothèses ont été formulées pour expliquer la génèse de la dominance latérale. La thèse habituelle a pour argument essentiel *la notion de dominance hémisphérique cérébrale* mise en évidence par les travaux anatomo-cliniques sur l'aphasie et les troubles des fonctions encéphaliques supérieures. Chez la majorité des droitiers, elle consiste en une prévalence fonctionnelle, pour certaines activités (plus particulièrement le langage),

de l'hémisphère gauche dit dominant ; l'hémisphère droit est dit mineur (on sait maintenant que ce dernier possède lui aussi une spécialisation : celle de l'appréhension de l'espace et des formes). La dominance hémisphérique serait inverse chez les gauchers ; ce sont chez eux qu'ont été observées les rares aphasies après lésions de l'hémisphère droit. En fait, il faut se garder de penser que l'organisation chez les gauchers n'est qu'une reproduction en miroir des droitiers ; il semble que beaucoup d'entre eux puissent présenter une aphasie soit après lésion droite, soit après lésion gauche, comme si la dominance d'un hémisphère pour le langage n'était pas établie. Enfin, il n'y a pas de relation absolue entre la dominance hémisphérique gauche pour le langage et la dominance droite pour la main. L'apprentissage joue par ailleurs un rôle évident dans la latéralisation manuelle, le conditionnement social oriente préférentiellement vers l'usage de la main droite.

L'apparition et l'évolution de la latéralité chez un enfant sont assez variables. D'une manière générale, on peut dire que plus la latéralisation est forte, plus elle apparaîtra précocement. De toutes façons, il semble admis par tous qu'il n'existe pas de prévalence manuelle avant l'âge de 6-7 mois. D'autre part, il est tout à fait certain qu'il existe des fluctuations dans la latéralisation, ceci jusqu'à un âge assez tardif, 3-4 ans, voire 5 ans ou plus chez certains enfants. Dans l'ensemble, au cours de ces première années, la gaucherie semble moins stable que la droiterie. En définitive, vers 5 ans, il existe plus de la moitié d'enfants droitiers, un peu moins de 10 % d'enfants gauchers, les autres étant ambidextres au nom d'une latéralisation encore mal établie ou non affirmée ; ces derniers se latéraliseront un peu plus tard, à droite généralement, certains restant cependant « mal latéralisés ».

C) LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DE SOI :

La représentation que l'enfant acquiert progressivement de son corps est une fonction essentielle non seulement de son activité intellectuelle et perceptivo-motrice mais aussi de l'ensemble de sa personnalité.

Dans une perspective neurologique stricte, le schéma corporel (terme proposé par P. Schilder en 1923) est la représentation du corps fondée sur les données sensorielles et l'intégration encéphalique (au niveau pariétal) de celles-ci.

Il est clair que la représentation que chacun se fait de lui-même déborde largement cette dimension et recouvre tout un ensemble de données perceptives, intellectuelles, imaginaires, symboliques où l'influence de la vie affective et relationnelle est majeure. On parle alors plutôt *d'image du corps* ou *d'image de soi.*

L'élaboration du schéma corporel commence tôt, grâce à l'intégration dans le deuxième semestre de trois modalités de sensations visuelles, tactiles et kinesthésiques, permettant d'appréhender progressivement son propre corps et celui d'autrui. Ceci dit, on a vu que certaines imitations mimiques très précoces (dès la 3e semaine) laissaient supposer une perception de soi déjà notable. *L'expérience du miroir* représente certainement une situation privilégiée pour l'enfant dans la création puis la construction de cette image. Il est intéressant de rappeler là le fait que les animaux, même les plus évolués (expérience de W. Koehler sur les chimpanzés), ne peuvent pas appréhender leur image spéculaire comme une simple image, un simple reflet ou symbole de leur corps ; ils recherchent quelque chose derrière le miroir et s'en détachent lorsqu'ils s'aperçoivent qu'il n'y a rien. Une certaine accession à la reconnaissance spéculaire du corps propre se ferait chez l'enfant vers l'âge de 7-8 mois, un peu plus tard que pour l'image d'autrui selon H. Wallon. Mais il reste encore pour l'enfant tout un travail mental qui demandera plusieurs mois pour comprendre que l'image de son

corps qu'il voit dans le miroir n'est pas une sorte de double de lui-même ; cela n'est possible que grâce à l'accession, à la fin de la deuxième année, au monde des symboles. Les éléments de base du schéma corporel sont présents vers 3 ans ; c'est à ce moment que l'enfant commence à pouvoir représenter dans le dessin un bonhomme de manière globale quoiqu'imparfaite (bonhomme-tétard). Il restera au schéma corporel à se différencier, à s'enrichir.

Ceci dit, l'image du corps est aussi pour l'enfant le reflet de son *investissement libidinal* des différentes parties de celui-ci, lequel investissement est étroitement lié aux relations qu'il a eues avec son entourage, sa mère notamment.

*La constitution progressive de l'image du corps parallèlement à la prise de conscience de soi est sans doute un élément constitutif de l'individuation,* du processus par lequel l'enfant fonde son sentiment de réalité propre et distincte et celui de sa cohérence. Beaucoup y ont insisté et notamment J. Lacan qui, dans son article sur le stade du miroir, considère que l'expérience spéculaire est fondamentale dans la constitution du « Je » ; selon lui, l'enfant en se reconnaissant dans son image globale, celle que lui renvoie le miroir, prend conscience, dans un climat « d'assomption jubilatoire » de son unité en même temps qu'il s'aliène dans une image totalisante de soi ; dès lors, il ordonnera ses expériences partielles autour de cette matrice imaginaire.

D) LA REPRESENTATION SPATIALE :

Elle est *en étroite relation avec le schéma corporel.* Espace personnel corporel et espace extérieur s'adaptent progressivement au cours des premières années par l'étroite liaison de la kinesthésie et de la vision. C'est à partir du corps, de la posture et du geste, que les notions de dedans-dehors, en haut, en bas etc. ; se forment. On considère que vers 6-7 ans, les éléments de base de la représentation spatiale, notamment ceux qui sont nécessaires aux apprentissages scolaires, sont acquis.

## BIBLIOGRAPHIE


BOWER (T.G.R.). — Le développement psychologique de la première enfance. Pierre Mardaga Edit. Bruxelles, 1978, 225 p.

DUFOYER (J.P.). — Le développement psychologique de l'enfant de 0 à 1 an. Presses Universitaires de France, 1976, 191 p.

GESELL (A.), AMATRUDA (C.S.). — L'embryologie du comportement. Presses Universitaires de France, 1960.

HECAEN (H.). — La dominance cérébrale. La Recherche, 1977, *8*, p. 238-244.

KOUPERNIK (C.), ARFOUILLOUX (J. CL.). — Neurobiologie et neurologie du développement. In ZAZZO (R.), GRATIOT-ALPHANDERY (H.), Traité de Psychologie de l'enfant, Presses Universitaires de France, Tome 2, 1970, 2219-313.

KOUPERNIK (C.), DAILLY (R.). — Développement neuro-psychique du nourrisson. Presses Universitaires de France, 1968, 378 p.

KREISLER (L.). — Le développement psychomoteur du premier âge. In DEBRE (R.), LELONG (M.), Pédiatrie, Flammarion, Edit, Paris, 1970, 1917 e - 1918 g.

LACAN (J.). — Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. Ecrits I, Editions du Seuil, Paris, 1966, 89-97.

LEZINE (I.). — Le premier âge. In Psychologie de l'enfant, Bourrelier, Edit., 1967 (9e édit.), 23-32.

LEZINE (I.). — Propos sur le jeune enfant. Mame, Edit., 1974, 238 p.

ODENT (M.). — L'expression précoce du réflexe de fouissement. In « Naître... et ensuite », Stock, 1978, p. 169-186.

PIKLER (E.). — Se mouvoir en liberté dès le premier âge. P.U.F., 1979, 193 p.

POSTEL (J. et M.). — La perception auditive de l'espace chez le nourrisson. Bulletin de Psychologie, 1975-76, *29*, 322, p. 561-566.

POSTEL (J.), BARRAU (B.). — L'évolution psychique de l'enfant. Baillière, Edit., Paris, 1970, 102 p.

SAINT-ANNE-DARGASSIES (S.). — Le développement neurologique du nouveau-né à terme et prématuré, Paris, Masson, 1974.

SPITZ (R.A.). — La première année de la vie de l'enfant. Presses Universitaires de France, Paris, 1963, 152 p.

STAMBAK (M.). — Tonus et psychomotricité dans la première enfance. Delachaux et Niestlé, Neufchâtel (Suisse), 1963.

TREVARHEN (C.), HUBLEY (P.) et SHEERAN (L.). — Les activités innées du nourrisson. In « La recherche en éthologie », édit. du Seuil La Recherche, 1979, p. 25-53.

VURPILLOT (E.). — Les perceptions du nourrisson. Presses Universitaires de France, Paris, 1972, 208 p.

WALLON (H.). — L'évolution psychologique de l'enfant. Armand Colin, Paris, 1941.

# LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE

## I - GENERALITES. LA NOTION D'INTELLIGENCE

L'intelligence est un concept qui a, pour le sens commun, un caractère d'évidence, mais qui est très difficile à définir rigoureusement. Tantôt on insiste sur un caractère général, qui définirait les conduites intelligentes, quelque soit le domaine où elles s'appliquent. Tantôt au contraire, on fait ressortir les caractères différentiels des conduites intelligentes, qui permettraient de définir plusieurs types d'intelligence, selon que les performances du sujet prédominent plutôt dans un domaine abstrait ou plutôt dans un domaine concret, plutôt dans des activités perceptives ou plutôt dans des activités discursives etc. Les recherches les plus « scientifiques », qui ont été faites pour définir l'intelligence, sont fondées sur la psychométrie (cf. le chapitre « l'examen de l'enfant par les tests psychologiques ») et l'analyse factorielle, qui consiste à rechercher des facteurs communs et des facteurs différenciateurs entre plusieurs épreuves d'efficience intellectuelle par l'étude des corrélations entre les réussites à ces différentes épreuves. Cependant ces études n'ont pas permis de trancher. Certains auteurs ont postulé l'existence d'un facteur d'intelligence générale (facteur g de Spearman), d'autres l'existence de plusieurs facteurs se combinant de manière variable les uns avec les autres (Thurstone).

Il faut donc revenir à des critères qualitatifs pour approcher une définition de l'intelligence. Dans leur Manuel de Psychologie, M. Richelle et coll. donnent comme constitutifs de l'intelligence les éléments suivants : « constructions de connaissances relatives à l'environnement, qui peuvent s'améliorer par le développement et l'apprentissage, stockage d'informations sur le passé et l'expérience passée, construction d'invariants, développement de stratégies pour adapter l'organisme à l'environnement et pour adapter l'environnement à l'organisme, automatisation de ces stratégies (sous forme d'algorithmes), anticipation de situations futures et de stratégies de réponse appropriées ». La complexité d'une telle définition donne une idée des problèmes que pose aux psychologues la notion d'intelligence. Dans ce type de définition on aborde le problème de l'intelligence plus en termes de conduites cognitives, qu'en termes d'efficience, de performances, comme le fait la psychométrie.

Sans revenir à l'idée d'un facteur d'intelligence générale quantifiable, il semble qu'on puisse reconnaître une parenté entre les différentes conduites reconnues comme intelligentes. Il s'agit en effet toujours de généraliser une conduite et de reconnaître des invariants. De l'enfant qui découvre qu'il peut retrouver un objet qui a disparu de son champ visuel, en lui appliquant des déplacements inverses de ceux qui ont provoqué sa disparition, au savant qui découvre une nouvelle loi physique, chimique ou biologique, il y a une parenté. Il s'agit dans les deux cas d'organiser des connaissances, afin d'y repérer des invariants sous la variabilité des phénomènes apparents.

C'est dans cette perspective que J. Piaget étudie depuis un demi-siècle le développement de l'intelligence chez l'enfant. C'est sa théorie, la plus élaborée que nous possédions à l'heure actuelle, que nous développerons le plus. Nous donnerons ensuite un aperçu de la pensée, en ce domaine, du psychologue H. Wallon, qui garde en France une grande influence. L'apport de la psychanalyse à une théorie du développement de l'intelligence fera l'objet d'un autre paragraphe ; la théorie psychanalytique a pour ambition de jeter un pont entre le développement affectif et le développement intellectuel, et d'intégrer les processus cognitifs dans un modèle dynamique de l'« appareil psychique », ce qui présente l'immense intérêt de permettre une compréhension des troubles intellectuels dans les maladies mentales. Enfin nous parlerons de la théorie de l'apprentissage,qui cherche à rendre compte des observations expérimentales sur l'apprentissage animal et humain, et qui a donné lieu récemment à la construction de modèles mathématiques et à des réalisations cybernétiques, qui définissent le domaine de l'Intelligence artificielle, domaine en plein développement et dont l'exploration éclairera peut-être un jour certains aspects du développement intellectuel de l'enfant.

## II - LE DEVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE SELON PIAGET

J. Piaget définit l'intelligence comme un moyen d'adaptation. Sa fonction est d'adapter l'individu au milieu en préservant ses meilleures chances de survie. Cette adaptation procède par deux mécanismes conjoints : l'Assimilation et l'Accommodation.

1) **L'Assimilation.** Elle se définit par comparaison avec l'assimilation d'une substance par l'organisme biologique, mais ici il s'agit d'une assimilation fonctionnelle, celle des données extérieures aux cadres déjà existants de la pensée. Supposons le psychisme formé d'éléments a, b, c,..., s'engendrant l'un l'autre, le milieu formé d'éléments x, y, z,... L'assimilation pourra se présenter par :

$$a + x = b$$
$$b + y = c$$
$$c + z = a$$

etc...

Il y a assimilation donc chaque fois que l'intelligence intègre le donné de l'expérience, qu'elle incorpore les objets de connaissance dans les schèmes (« modes de réactions susceptibles de se reproduire et de se généraliser » selon Piaget) de la conduite.

2) **L'Accommodation** est à l'opposé la conséquence de l'action du milieu sur l'organisme. C'est la modification des schèmes de comportement en fonction du donné extérieur. Il ne s'agit plus d'assimiler à un schème tout construit les objets du monde extérieur, mais de modifier les schèmes en fonction de l'expérience.

L'adaptation est le résultat d'un équilibre permanent entre assimilation et accommodation.

### LES STADES DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL

#### A) 1re PHASE : LA PERIODE SENSORI-MOTRICE DE 0 à 18 MOIS.

**1) L'intelligence sensori-motrice**

Il s'agit d'un fonctionnement intellectuel purement empirique, collant au concret, à l'immédiat, fondé sur l'utilisation de schèmes moteurs et des activités perceptives qui font

entrer l'enfant en communication avec le monde extérieur et qui s'enrichissent progressivement par leur propre fonctionnement en ce que Piaget appelle des « réactions circulaires » :

— « réaction circulaire primaire », qui est le simple exercice d'un schème sensori-moteur inné, telle la succion, dont le résultat sert directement de stimulus à la réaction à laquelle il a donné naissance ;

— « réaction circulaire secondaire », qui est la répétition de schèmes sensori-moteurs, mais dirigés vers un but extérieur, vers les objets ; l'action a pour seul but d'entretenir ce résultat : par ex. faire remuer le berceau pour entendre les hochets ;

— « réaction circulaire tertiaire », qui est la recherche active d'actions et de résultats nouveaux par un processus de tâtonnement : par ex. les expériences dans le bain de lancers, d'immersion d'objets.

La phase sensori-motrice se divise en six stades qui marquent chacun une évolution progressive dans le sens d'une *décentration* du sujet par rapport à lui-même :

*1er stade :* utilisation rythmique de schèmes sensori-moteurs primitifs réflexes (surtout succion).

*2e stade :* acquisition d'*habitudes* sensori-motrices (qui sont des R.C.I.) par assimilation reproductrice (reproduction du schème moteur inné en dehors du besoin biologique correspondant) et généralisatrice (application du schème moteur à d'autres objets que l'objet auquel il est primitivement destiné) ; ex. : succion du pouce.

*3e stade : répétitions intentionnelles* de découvertes fortuites, par exemple tirer un cordon qui actionne un hochet, mais sans que le lien de causalité soit clairement perçu. Ce stade apparaît vers 4 mois 1/2 (1), au moment de la coordination oculo-manuelle. Les R.C. 22 apparaissent à ce stade.

*4e stade* (vers la fin de la 1re année) : *utilisation d'un moyen déjà connu pour un but nouveau :* par exemple l'enfant, qui savait déjà soulever un objet, utilise ce comportement pour écarter un obstacle entre un objet et lui.

*5e stade* (de 12 à 18 mois) : recherche active de moyens nouveaux, de schèmes pour atteindre un but donné, par combinaisons de plusieurs schèmes, mais toujours par tâtonnement. C'est là qu'apparaissent les R.C. III.

*6e stade :* combinaison soudaine et immédiate de schèmes sans tâtonnement. L'enfant a découvert de façon expérimentale les lois qui régissent le déplacement d'un objet, lois qui forment une structure logique que Piaget appelle le « groupement des déplacements ».

*Groupement des déplacements.*

Cette notion est fondamentale, car elle permet de comprendre l'accession de l'enfant à l'idée de la « permanence de l'objet ».

---

(1) Les âges indiqués ne sont, comme le souligne J. Piaget, que des âges moyens et encore approximatifs.

La structure du groupement des déplacements se définit ainsi :

— un déplacement a est égal à lui-même :

$$a = a \text{ (réflectivité)}$$

— la somme de 2 déplacements est égale à un déplacement :

$$a + b = c$$

— la somme de 2 déplacements est commutative, c'est-à-dire que si l'on inverse l'ordre des termes le résultat est le même :

$$a + b = b + a$$

— elle est associative, c'est-à-dire qu'on peut additionner 2 déplacements, puis le résultat à un 3e, ou le premier à la somme des 2 autres, le résultat est le même :

$$(a + b) + c = a + (b + c)$$

— il y a un élément neutre, le déplacement nul, e

— chaque déplacement possède un inverse, la somme d'un déplacement et de son inverse est le déplacement nul :

$$a + (-a) = e$$

— enfin l'opération « somme des déplacements » est idempotente, c'est-à-dire qu'un déplacement additionné à lui-même est égal à ce déplacement :

$$a + a = a$$

Avant la découverte empirique des lois du groupement des déplacements, le nourrisson a l'impression qu'un objet n'existe que dans la mesure où il est dans son champ perceptif, puisqu'il ne sait pas par quel moyen il peut le faire réapparaître lorsqu'il est sorti de son champ perceptif. Seule la découverte des lois du groupement des déplacements lui permet de comprendre qu'un objet a une existence indépendante de sa perception, car alors il sait que les déplacements qui ont été appliqués à l'objet peuvent être effectués en sens inverse et peuvent être combinés de toutes les façons possibles ; il a acquis la notion de la réversibilité des déplacements.

### 2) **Construction de l'objet**

Piaget distingue trois phases dans la construction de l'objet perceptif (à ne pas confondre avec l'objet libidinal) :

— Phase adualistique : l'enfant ne prend connaissance, ne s'intéresse à un objet qu'en fonction de son désir immédiat. En l'absence de désir, l'objet n'existe plus pour lui. Il ne peut donc distinguer les objets du monde extérieur des objets intérieurs à son psychisme.

— Phase de permanence partielle de l'objet : à partir de la coordination oculo-manuelle (5e mois), l'objet se distingue du désir immédiat de l'enfant ; celui-ci le recherche activement, mais seulement dans les limites de son champ perceptif. Il suffit de le cacher derrière un écran pour que l'enfant cesse sa recherche, comme si l'objet s'était résorbé.

— Phase de permanence de l'objet : elle débute au moment où l'enfant devient capable de combiner plusieurs schèmes sensori-moteurs entre eux, c'est-à-dire au 5e stade sensori-moteur, vers 8-9 mois, et ne s'achève qu'à la fin de la période sensori-motrice à 18 mois avec l'acquisition du « groupement des déplacements ».

B) PERIODE PREOPERATOIRE.

1) **Les nouvelles possibilités :**

A partir de 20 mois, l'enfant rentre dans sa période préopératoire. Avec *l'intériorisation,* son intelligence cesse d'être purement sensori-motrice. Il peut se détacher de la perception immédiate et différer l'action pour « penser » grâce à la *représentation* mentale qui donne accès à *la fonction symbolique* ou ce que Piaget appelle **la fonction sémiotique.**

Pour comprendre la signification de ce que Piaget appelle « fonction sémiotique », il faut rappeler les distinctions faites par les linguistes (F. de Saussure) entre « indice », « symbole » et « signe » : l'indice indique quelque chose par contiguité dans le temps ou dans l'espace (ex. les nuages qui annoncent la pluie) — le symbole représente une chose par analogie (cf. le jeu ou le dessin de l'enfant) — le signe représente quelque chose arbitrairement par un représentant ou signifiant quelconque dont le sens est donné par conventions (les mots d'une langue entrent dans cette catégorie du « signe »).

La fonction sémiotique est la possibilité qu'acquière l'enfant à partir d'un an et demi de *représenter quelque chose par un symbole ou par un signe.* Le terme de fonction sémiotique a une acception plus large que le terme primitivement employé de « fonction symbolique ». Piaget la définit : la capacité à représenter quelque chose, « un signifié », par un « signifiant » différencié et ne servant qu'à cette représentation. Jusque-là l'enfant n'utilisait et ne connaissait que les indices, mais ni symboles ni signes. Il ne pouvait pas en particulier représenter une chose absente.

Piaget décrit 5 conduites marquant l'apparition de la fonction sémiotique :

1 - *l'imitation différée,*

2 - *le jeu symbolique,*

3 - *le dessin,*

4 - *les images mentales,*

5 - *le langage.*

Il rend compte de l'avènement de la fonction sémiotique par l'assimilation, qui aboutit à l'imitation et à la possibilité de différer par une sorte de décentration dans le temps et non plus seulement dans l'espace, comme au stade sensori-moteur. Il décrit la séquence suivante : au 6e stade de la phase sensori-motrice, apparaît la possibilité de simuler un comportement, par exemple faire semblant de dormir, mais cette simulation ne peut se faire qu'avec le corps propre de l'enfant par un comportement ; puis vient la possibilité de l'imitation différée ; puis l'image mentale, que Piaget interprète non comme un fonctionnement perceptif passif, à la manière de l'associationnisme (engrammation d'images mentales regroupées par contiguité), mais comme une copie active intériorisée et s'extériorisant d'abord dans le jeu, puis dans le dessin.

La fonction sémiotique marque un changement fondamental dans l'organisation intellectuelle de l'enfant. A partir de là l'intelligence n'est plus seulement empirique, mais évolue progressivement vers une intériorisation, une possibilité d'abstraction et de généralisation.

2) **Le développement de la pensée :**

Il passe, lors de cette phase préopératoire, par deux stades :

a) *Le stade de la pensée préconceptuelle* :

Ce stade s'étend de 18 mois à 4 ans.

Le « préconcept » est à mi-chemin entre la généralité du concept et l'individualité des éléments qu'englobe le concept. Par exemple, un enfant de cet âge, qui voit la lune en différentes positions, parlera « des lunes », ou encore il aura l'impression qu'une montagne se déforme réellement au cours de l'excursion qu'il fait. Il est donc victime de son point de vue perceptif par rapport auquel il n'opère aucune décentration.

Stern et Piaget ont donné le nom de « transduction » au type de raisonnement que l'enfant utilise à ce stade, qui est donc caractérisé par une décentration par rapport au désir du moment et par la notion de permanence des objets, mais aussi par une absence totale de décentration par rapport à la perception et aux éventuelles illusions perceptives.

b) *Stade de la pensée intuitive :*

Il s'étend de 4 à 7 ans.

Le raisonnement à cet âge est « *prélogique* », fait de régulations intuitives résultant de décentrations partielles de l'enfant par rapport à sa perception. Il est capable de raisonner logiquement mais sur une partie seulement des données, sur un seul aspect des choses ; il peut changer de point de vue, mais ne peut inclure qu'un seul point de vue à la fois dans son raisonnement.

Piaget fait l'expérience suivante (fig. 1) : il dispose devant l'enfant 2 *verres* identiques remplis du même nombre de perles, puis un 3e verre de forme et de taille différentes et vide — il vide dans ce 3e verre le contenu d'un des deux premiers, cela devant l'enfant — interrogé l'enfant dit qu'il y a moins de perles dans le verre qui vient d'être rempli que dans celui qui est resté plein parce que la couche de perle monte moins haut, ou qu'il en contient plus parce que la couche de perles est plus large. Il ne peut prendre en considération dans un même raisonnement les différents paramètres. On voit par ailleurs par cette expérience que le fait de faire le transvasement devant l'enfant ne lui permet pas de rectifier son erreur ; il n'a pas acquis la notion de la permanence de la quantité de substance.

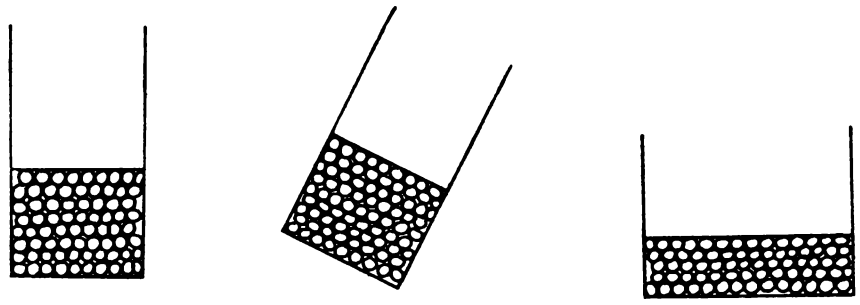



Fig. 1.

L'expérience qui consiste à former, avec une même quantité de *pâte à modeler*, plusieurs formes différentes successives : boule, cylindre, galette (l'enfant trouve qu'il y a moins

de pâte dans la galette ou le cylindre que dans la boule, parce qu'ils sont moins gros) montre bien encore les limites de la pensée intuitive : l'enfant ne peut réunir les différents aspects de la réalité perçue ni intégrer dans un seul acte de pensée les phases successives du phénomène, les transformations.

C) PERIODE OPERATOIRE :

Lors de cette période, l'enfant accède au raisonnement logique, d'abord concret, puis abstrait.

**1) Stade des opérations concrètes**

Il s'étend de 6-7 à 12 ans. Il marque par rapport à la pensée intuitive une transformation analogue à celle qui s'était opérée entre le 1er et le dernier stade sensori-moteurs, c'est-à-dire la découverte de permanences. Les régulations intuitives, toujours partielles du stade précédent, font place à une *pensée structurée et logique* qui les englobent toutes d'un seul coup, aboutissant à la réversibilité et à la déduction. Ce n'est plus sur l'un ou l'autre des aspects extérieurs des choses que l'enfant appuie son raisonnement, mais sur le système même de leurs transformations. Il est capable de distinguer à travers le changement ce qui est invariant.

Cependant cette pensée logique ne peut s'appliquer qu'à des opérations concrètes, elle ne peut se détacher complètement des objets perceptibles. D'autre part elle est acquise à des âges différents suivant que les tranformations s'appliquent à telle ou telle caractéristique des objets. C'est ainsi que *la notion de conservation de la quantité de matière* est acquise dès l'âge de 7-8 ans ; la *notion de conservation du poids* ne l'est que vers 9-10 ans ; *celle de conservation du volume,* vers 11-12 ans. L'enfant, qui raisonne logiquement pour l'une des caractéristiques des objets, raisonnera encore de manière intuitive pour une autre caractéristique.

Grâce à cette pensée logique, l'enfant est capable de faire des classifications, des sériations, opérations tout à fait fondamentales dans le processus de la connaissance.

**2) Stades des opérations formelles**

A partir de 12 ans l'enfant commence à devenir capable de détacher son raisonnement des opérations concrètes pour l'appliquer directement sur des énoncés verbaux, pour faire de pures hypothèses. C'est ce que Piaget appelle le raisonnement « hypothético-déductif », dans lequel il y a un raisonnement au deuxième degré ; il ne s'agit plus d'un raisonnement sur des objets, mais d'un raisonnement sur les opérations qu'on peut leur appliquer, d'opérations sur des opérations.

A la fin du stade des opérations concrètes, l'enfant, capable de raisonner logiquement sur toutes les transformations appliquées aux objets, aura recours à la pensée intuitive lorsqu'on lui proposera des hypothèses.

Piaget donne l'exemple suivant : c'est une question : « Edith est plus blonde que Suzanne, Edith est plus brune que Lydie, quelle est la plus foncée des trois ? ». L'enfant de 10-11 ans répondra, par exemple : « Edith et Suzanne sont claires, Edith est entre les deux ». Il n'est pas encore capable d'englober dans un même raisonnement toutes les données conte-

nues dans les hypothèses. Il le devient à partir de 12 ans et petit à petit peut raisonner sur les énoncés verbaux sans support figuratif, de plus en plus abstraits et faire des hypothèses de plus en plus complexes.

## III - LE POINT DE VUE D'HENRI WALLON

Henri Wallon peut être considéré comme le continuateur de l'école psychologique française dont les principaux représentants sont Ribot, P. Janet, A. Binet. Sa pensée et son œuvre gardent une grande influence sur les psychologues français actuels dont beaucoup sont des élèves.

A la différence de J. Piaget qui commence par définir l'intelligence d'un point de vue fonctionnel, à la différence aussi de la théorie psychanalytique qui situe les processus de pensée dans une perspective structurale et dynamique, Wallon étudie ce qu'il appelle *les « attitudes »*, à l'intérieur desquelles entrent les processus de connaissance, sans faire référence à une organisation interne du psychisme. On peut dire qu'il décrit l'histoire naturelle du développement de l'enfant et en particulier de son intelligence, mais qu'il ne propose pas comme Piaget une théorie du développement intellectuel, qu'il n'a pas non plus le souci comme la théorie psychanalytique l'a, de proposer un modèle d'un « appareil psychique » dans lequel les processus cognitifs s'intégreraient. De ce fait d'ailleurs, son œuvre est plus clinique, riche en notations de toutes sortes avec de nombreuses références, neuro-biologique, psychologique, sociologique etc...

Les « attitudes » au sens de Wallon sont les héritières de ce que Janet appelait les « conduites », mais considérées davantage dans la relation de l'enfant avec son entourage. Pour Wallon, le fait psychologique n'a pas d'existence propre, mais est le carrefour de différentes influences : biologique, et en particulier celle de la maturation du système nerveux — influences du milieu et de l'expérience de l'enfant dans son milieu — influences sociologiques. Il reproche à Piaget d'imposer au développement naturel de l'enfant un modèle théorique ayant sa logique interne. Il donne beaucoup plus d'importance aux étapes maturatives du système nerveux dans l'accession à de nouvelles attitudes et à de nouveaux modes de pensée, que ne le fait Piaget.

En ce qui concerne l'évolution de l'intelligence, on peut repérer dans l'œuvre de Wallon quatre idées principales :

1) *La maturation du système nerveux* représente la base du développement, donnant à l'enfant à la fois les instruments nécessaires à l'intégration de ses expériences et les moyens d'expression de ses possibilités intellectuelles. Il envisage la maturation nerveuse dans la perspective du grand neurologue anglais Hugling Jackson, c'est-à-dire celle d'une hiérarchie des fonctions nerveuses les plus primitives, qui sont aussi les plus automatiques, réflexes ; les moins complexes viennent se mettre sous la domination des fonctions les plus récentes, les moins automatiques, les plus volontaires et les plus complexes. Dans le cadre de cette maturation nerveuse, il fait jouer un rôle essentiel à l'évolution de la psycho-motricité.

2) L'évolution de l'intelligence se fait par une différenciation progressive qui mène d'un stade de *pensée dite « syncrétique »*, c'est-à-dire où l'enfant confond son désir, son imagination et la réalité extérieure, vers une pensée *objective* grâce à la différenciation entre soi et l'autre, entre sujet et objet.

3) *L'évolution se fait d'une intelligence pratique vers une intelligence discursive,* et c'est par **une intériorisation de l'acte** que naît la pensée intérieure. Pendant longtemps l'enfant tourne entièrement son intelligence vers l'action immédiate et ce n'est que par une représentation de l'acte que peut naître la pensée. L'un des ouvrages de Wallon s'intitule « De l'acte à la pensée ». Dans cette évolution d'une intelligence agie vers une intelligence conceptuelle, Wallon fait jouer un rôle fondamental à la relation de l'enfant avec son entourage, à l'imitation de l'autre, à l'identification en miroir à l'autre, ce qui permet à l'enfant de construire son propre schéma corporel en découvrant le corps de l'autre ; cette communication de l'enfant avec autrui est d'abord fondée sur la motricité, le « dialogue tonique », qui expriment les émotions, puis sur le langage, qui restructure complètement et enrichit considérablement cette communication. Pour qu'il y ait pensée intériorisée, il faut qu'il y ait cette identification de soi à l'autre.

4) *Les découvertes intellectuelles de l'enfant passent par des jeux d'oppositions qualitatives* avant d'être *quantitatives* (grand/petit, beaucoup/peu etc...), qui amènent l'enfant à ce que Wallon appelle la pensée catégorielle : possibilité de distribuer dans des catégories les différents éléments de son expérience, grâce à quoi il peut découvrir progressivement la causalité et les lois qui la régissent : « Les solutions données à ce problème dépendront d'un matériel d'analogies que l'enfant tire de son expérience usuelle, mais surtout de dissociations, qu'il sera capable d'opérer dans les données brutes de l'expérience pour ramener chaque facteur de la réalité à la série dont il fait partie, pour constituer ainsi des séries spécifiques de causes et d'effets. Le progrès de la causalité chez l'enfant est ainsi lié au développement de la fonction catégorielle ». (in « L'évolution psychologique de l'enfant »).

## IV - APPORTS DE LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

Dans la théorie psychanalytique, l'intelligence est située dans un rapport dynamique avec les autres éléments du psychisme. Quel rôle joue la pensée dans l'équilibre dynamique de l'appareil psychique, telle est la question que pose la psychanalyse, et correlativement comment le psychisme développe-t-il la pensée pour répondre à ce rôle ?

**S. Freud** a étudié ce problème d'un point de vue surtout économique (cf. le chapitre sur le développement affectif). Le principe de plaisir-déplaisir impose au psychisme de décharger au maximum les quantités d'excitations auxquelles il est soumis et cela en satisfaisant les besoins pulsionnels. La première façon de répondre à ce but est de laisser s'écouler librement l'énergie jusqu'à obtention de la satisfaction, c'est-à-dire jusqu'à suppression complète de la tension intra-psychique. Cela peut se faire par une satisfaction réelle, grâce à un objet réel, par exemple la satisfaction des pulsions orales grâce au sein. Ce type de satisfaction ne suppose pas une pensée et ressemble plutôt a une activité réflexe ou instinctuelle. Mais dans son état de dépendance complète, le nourrisson n'est pas maître des objets réels, capables de lui apporter des satisfactions pulsionnelles ; au lieu de la recherche de la satisfaction réelle, il réinvestit la trace mnésique d'expérience de satisfaction et obtient une satisfaction hallucinatoire de son désir ; c'est là le premier mode de pensée qui reste actif la vie durant chez tout le monde dans le rêve, les actes manqués, les lapsus, les jeux de mots ; chez les sujets pathologiques, dans la production des symptômes. A ce premier type d'activité psychique, Freud a donné le nom de « *Processus primaires* » ; il en décrit les lois, en particulier dans « la Science des Rêves », qui sont la figuration ou représentation des objets de désir — la

condensation : possibilité de représenter deux désirs différents, voire contradictoires par une même représentation — le déplacement : possibilité de représenter les objets de désir par d'autres objets analogues ou contigus (procédés métaphoriques et métonymiques). *Les Processus Primaires ignorent les relations de causalité, de temps et d'espace.*

Mais la satisfaction hallucinatoire du désir met en danger la survie de l'organisme, car elle n'apporte pas la satisfaction de ses besoins et de ce fait ne peut durer qu'un temps. Outre le principe de plaisir-déplaisir, l'appareil psychique doit se soumettre au principe de réalité, c'est-à-dire tenir compte des délais et des détours à la satisfaction des désirs. Pour cela la satisfaction hallucinatoire est contrinvestie, l'écoulement libre de l'énergie psychique est inhibée, pour que le psychisme tienne compte des notions de temps, d'espace et de causalité, afin d'aboutir à *une pensée rationnelle,* travail préparatoire à la satisfaction réelle des désirs. A ce type de fonctionnement psychique, Freud a donné le nom de « *Processus Secondaires* ».

Au début de son existence, l'enfant n'a pas d'autres possibilités que celles qui lui sont offertes par les Processus Primaires ou par la décharge sous forme motrice de ses tensions internes ; cette décharge prend valeur de signal pour la mère, qui va apporter la satisfaction à l'enfant. Petit à petit il accède aux processus secondaires, qui lui permettent non seulement de tenir compte de la réalité, mais aussi de résoudre ses conflits internes, en particulier par le mécanisme du refoulement. L'achèvement des processus secondaires nécessite le langage et la liaison entre les mots et les représentations correspondantes.

Freud a montré qu'une très grande part de nos processus psychiques étaient inconscients ; les processus de penser eux-mêmes sont en grande partie inconscients. Pour que la pensée devienne consciente, il lui faut un type particulier d'investissement : l'attention, et Freud compare la conscience à un organe des sens qui, grâce à l'attention, peut percevoir les pensées préconscientes. Restent les pensées inconscientes, entièrement régies par les processus primaires, qui ne peuvent pas avoir accès à la conscience.

**R. Spitz** a développé la théorie de la communication entre l'enfant et sa mère, dans ce qu'il appelle la « dyade » mère-enfant, en montrant comment la décharge de l'énergie pulsionnelle par le nourrisson dans sa motricité, ses cris, prend valeur de signal pour la mère, qui doit décoder ce signal, afin d'apporter la satisfaction correspondante à l'enfant, lequel peut alors s'identifier à sa mère lui donnant des soins (identification primaire) et ainsi peu à peu donner une signification à ce qu'il éprouve en lui. C'est ainsi que l'enfant accède à la pensée par un processus d'intériorisation de sa mère, qui joue, à travers les soins qu'elle lui donne, le rôle de donner du sens à ses expériences.

Les processus par lesquels l'enfant associe des images, puis des mots à ses motions pulsionnelles ont reçu le nom de « symbolisation ». Les processus de symbolisation ont donné lieu à de nombreuses études psychanalytiques. Celle de J. Lacan occupe dans le champ de la psychanalyse une place très particulière. Pour cet auteur l'accession aux symboles définit ce qu'il appelle l'« ordre symbolique », qu'il distingue du registre imaginaire. Seul l'ordre symbolique donne à l'enfant le statut de sujet. L'enfant entre dans un ordre symbolique qui lui préexiste. C'est sa relation au langage qui permet cette accession, alors que la relation à l'autre reste du domaine de l'imaginaire. De là vient l'importance que **J. Lacan** donne aux chaînes de signifiants dans l'analyse de l'inconscient. Il nous semble qu'on peut comprendre l'idée de base de sa théorie par la possibilité que le langage donne à l'enfant de se situer et de se délimiter en tant qu'individu par rapport aux autres individus, dans un

repérage généalogique et social pour lequel le nom joue un rôle essentiel. Dans cette perspective il a insisté sur le stade du miroir (période où l'enfant s'intéresse à son image dans le miroir), qui permet à l'enfant de se percevoir comme une unité délimitée, anticipant sur l'intégration de sa personnalité, ce qui lui permet l'accès au « je » comme symbole de lui-même.

**M. Klein** a situé la symbolisation en rapport avec les pulsions et les angoisses archaïques de l'enfant, dirigées vers le corps de la mère et son contenu. Ce sont les objets fantasmés comme intérieurs au corps de la mère (pénis du père, fèces, bébés) et qui sont investis libidinalement et agressivement, qui forment les premiers symboles, projetés dans le monde extérieur, qui devient ainsi investi par la curiosité de l'enfant, ce que M. Klein appelle ses pulsions épistémophiliques. La possibilité pour l'enfant de déplacer sur le monde extérieur les représentations de ses objets primitifs lui donne un moyen puissant de maîtriser ses angoisses et en même temps de développer son sens de la réalité.

**H. Segal** a montré que dans le processus de symbolisation il y avait une première étape au cours de laquelle symbole et chose représentée n'étaient pas véritablement distincts, mais formaient ce qu'elle a appelé des « équations symboliques », qui véhiculent la même charge pulsionnelle et émotionnelle que l'objet qu'elles représentent. H. Segal donne comme exemple d'équation symbolique le cas d'un malade pour lequel jouer du violon équivaut à se masturber, alors que pour un autre patient le jeu du violon, tout en ayant les mêmes racines inconscientes, a perdu toute connexion consciente avec la pulsion et permet ainsi une « sublimation » des pulsions autorotiques. Les équations symboliques correspondent à la phase schizo-paranoïde (cf. le chapitre « Développement affectif »). La construction de véritables symboles suppose le passage par la position dépressive, dont l'élaboration réduit les mécanismes projectifs, permet de distinguer l'objet et son représentant, le monde intérieur et le monde extérieur, Soi et l'autre.

**W.R. Bion**, autre psychanalyste kleinien, a proposé une théorie psychanalytique de la pensée dans des termes très nouveaux. Sa théorie a le grand intérêt d'approfondir les relations entre le développement affectif et le développement intellectuel et d'apporter un modèle d'explication des troubles de la pensée dans les maladies mentales.

Bion suppose qu'avant toute pensée, il y a des éléments non pensés qu'il appelle éléments bêta, que l'enfant projette dans sa mère par le mécanisme d'identification projective. La mère a pour fonction d'élaborer ces éléments et de les renvoyer à l'enfant sous une forme assimilable pour son psychisme. Ces éléments assimilables, il les appelle éléments alpha. Les éléments alpha prennent la place d'un objet manquant (de la même façon que dans la théorie de Freud la satisfaction hallucinatoire prend la place de l'objet absent). Puis se développe un appareil à penser ces éléments alpha, que Bion appelle « *appareil à penser les pensées* », par un processus d'équilibre entre position schizo-paranoïde et position dépressive (cf. le chapitre sur le développement affectif). Dans la position schizo-paranoïde, les éléments de pensée sont dépourvus de lien entre eux, clivés, dispersés. Le passage à la position dépressive suppose l'établissement d'un lien entre ces éléments, grâce à la découverte entre les éléments liés, d'un aspect invariant. Ce mécanisme, que Bion écrit :

$$\text{Ps} \longleftrightarrow \text{Pd}$$

est toujours actif dans l'activité psychique et amène progressivement la pensée vers une abstraction de plus en plus grande, c'est-à-dire la suppression des éléments sensibles pour ne retenir que l'aspect formel, invariant pour une grande quantité de phénomènes, ce qui conduit à la symbolisation.

Ce type de fonctionnement qui s'opère entre l'enfant et sa mère par identification projective et introjective, est le modèle d'autres types de fonctionnement et en particulier celui du processus psychanalytique, l'analyste jouant le rôle dévolu à la mère dans la dyade mère-enfant, le patient jouant le rôle de l'enfant. Bion donne à ces relations le nom de relation contenant (la mère, l'analyste)/ contenu (l'enfant, le patient).

La théorie de Bion, outre son intérêt dans la compréhension de la genèse de la pensée, permet de faire une distinction intéressante à propos des processus de penser entre organisations névrotiques, dans lesquelles l'appareil à penser les pensées fonctionne au prix du refoulement de certaines pensées et organisations psychotiques, dans lesquelles c'est l'appareil à penser les pensées lui-même qui est hors d'usage.

Dans les théories psychanalytiques que nous venons d'esquisser, la pensée naît des nécessités internes dans l'évolution de l'appareil psychique, pour répondre aux besoins pulsionnels. *A l'opposé de cette conception, se trouve celle d'* **Hartmann, Kris et Lowenstein,** qui *considèrent qu'il y a un développement autonome du Moi et en particulier de l'intelligence* alimenté par une énergie neutre, désexualisée, mais qu'il peut y avoir envahissement du Moi par l'énergie pulsionnelle et les processus primaires.

## V - THEORIE DE L'APPRENTISSAGE

La découverte des réflexes conditionnés par Pavlov au début du siècle, a ouvert un vaste champ de recherches sur le fonctionnement du système nerveux dans les mécanismes d'apprentissage. Rappelons que l'expérience princeps de Pavlov consistait à faire saliver un chien en lui présentant de la nourriture, à associer à la présentation de nourriture, stimulus dit inconditionnel, un autre stimulus, par exemple le son d'une cloche, puis à supprimer le stimulus inconditionnel pour ne garder que le stimulus associé qui a reçu le nom de stimulus conditionnel. Au bout d'un certain nombre d'associations des stimuli inconditionnel et conditionnel, l'application du seul stimulus conditionnel provoque la même réaction de salivation qu'entraînait le stimulus inconditionnel. Pavlov et ses élèves ont étudié les lois de ce conditionnement et en particulier la loi de renforcement : la réaction entraînée par le stimulus conditionnel est augmentée après qu'on lui a à nouveau associé le stimulus inconditionnel ; la loi d'extinction : la réaction provoquée par le stimulus conditionnel s'éteint peu à peu si on ne lui associe plus de stimulus inconditionnel, mais elle peut réapparaître après une nouvelle association ; la loi de généralisation : si l'on substitue au stimulus conditionnel un stimulus proche (par exemple un son de fréquence voisine) le conditionnement se manifeste encore.

Pavlov et ses élèves ont abordé l'étude des processus cognitifs en définissant le langage comme un « second système de signalisation ». Il est possible chez l'homme de substituer à un stimulus conditionnel le mot qui le désigne et d'observer les mêmes lois de conditionnement après cette substitution. Les psychologues pavloviens supposent que la pensée est supportée par ce second système de signalisation et que l'on peut ainsi l'étudier sur la base des phénomènes de conditionnement.

Outre *le conditionnement pavlovien,* on a décrit le « *conditionnement instrumental* » ou « conditionnement opérant » (Skinner), qui se propose d'observer l'influence de la réaction du sujet d'expérience sur son apprentissage, en lui appliquant des récompenses ou des

punitions en fonction du type de réaction qu'il eu. Un modèle de ce conditionnement opérant consiste à apprendre à un animal à manœuvrer un levier, la récompense étant l'obtention de nourriture. Le conditionnement opérant élargit le champ d'analyse du conditionnement pavlovien, en faisant intervenir les motivations du sujet, son interaction avec l'environnement et le renforcement de ses conditionnements par cette interaction elle-même. Les spécialistes modernes des théories comportementales supposent que les conduites cognitives sont des équivalents intériorisés des conduites extérieures et sont, comme elles, régies par les lois du conditionnement opérant.

Malgré leur intérêt scientifique et expérimental, les théories fondées sur le conditionnement ont le défaut d'évacuer l'aspect relationnel du psychisme humain, de méconnaître son organisation structurale et de réduire les phénomènes psychiques à des mécanismes stimulus → réponse, modèle sans doute trop simple pour rendre compte de la complexité de notre vie mentale.

A date beaucoup plus récente (il y a une vingtaine d'années environ), les recherches cybernétiques sont venues rejoindre les préoccupations de la psychologie expérimentale dans l'étude des mécanismes d'apprentissage. Les cybernéticiens ont cherché à construire des machines capables d'une certaine adaptation, c'est-à-dire de tenir compte de leur expérience passée pour choisir un type de réponse et non plus seulement capables de faire des opérations dans un programme rigide préétabli. Les exemples les plus connus de ces machines sont celles qui peuvent jouer aux dames et aux échecs. Ces recherches ont conduit à proposer des modèles mathématiques généraux des machines capables d'apprentissage.

Ces recherches actuellement en plein développement sont encore loin de pouvoir donner un modèle formalisé des mécanismes d'apprentissage chez l'homme. Néanmoins elles présentent le gros intérêt de confronter les idées avec la nécessité de la construction de modèles mathématiques et expérimentaux précis et de montrer par exemple les insuffisances de telle ou telle théorie psychologique. On a pu ainsi démontrer que la théorie associationniste était tout à fait insuffisante pour rendre compte des mécanismes d'apprentissage. On peut penser qu'elles aideront considérablement la recherche psychologique en lui offrant des modèles théoriques, des outils logiques et mathématiques mieux adaptés et probablement beaucoup plus complexes que ceux qu'utilise actuellement la psychologie expérimentale.

## BIBLIOGRAPHIE


BALACEANU (C.) et NICOLAU (E). — Les fondements cybernétiques de l'activité nerveuse, Paris, L'expansion Scientifique Française, 1971.

BERGERON (M.). — Les conceptions psycho-biologiques de Henri Wallon, Psychiatrie de l'enfant, vol. VI, fasc. 2, pp. 539-562, Paris, 1963.

BION (W.R.). — Elements of Psychoanalysis, London, Heinemann, 1963.

FREUD (S.). — Esquisse d'une psychologie scientifique, in La naissance de la psychanalyse, pp. 307-396, Paris, P.U.F., 1969.

FREUD (S.). — L'interprétation des rêves, Paris, P.U.F., 1967.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1967.

PIAGET (J.). — La psychologie de l'intelligence, Paris, Armand Colin, 1947.

PIAGET (J.). — La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1968.

SPITZ (R.A.). — De la naissance à la parole, Paris, P.U.F., 1968.

WALLON (H.). — L'évolution psychologique de l'enfant, Paris. Armand Colin, 1968.

Manuel de psychologie (sous la direction de R. DROZ et M. RICHELLE). Pierre Mardaga, édit., 1976.

# LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT

## I - GENERALITES

Le développement du langage est soumis à 3 sortes de déterminations :

— Le fonctionnement des organes cérébraux, sensoriels et phonatoires, nécessaires à sa réalisation ;

— La relation de l'enfant avec son entourage ;

— L'organisation même de la langue, c'est-à-dire des lois linguistiques.

Nous allons brièvement les passer en revue avant de décrire les étapes de l'acquisition du langage par l'enfant.

### A) LES ORGANES IMPLIQUES DANS L'APPRENTISSAGE ET LA REALISATION DU LANGAGE

#### 1) Le fonctionnement cérébral

Le cortex cérébral joue un rôle fondamental aussi bien dans l'analyse du langage que dans sa réalisation. On sait que ce sont surtout les circonvolutions temporales superficielles et frontales pré-rolandiques gauches qui sont impliquées chez l'adulte dans les détériorations du langage. Cependant, chez l'enfant, il n'y a pas de centre du langage préétabli dont la suppression empêcherait l'acquisition de la langue et en particulier, il n'y a pas de latéralisation corticale du langage, comme l'ont prouvé les hémisphérectomies gauches qui ont été pratiquées chez certains enfants, sans empêcher l'acquisition du langage. Dans les atteintes corticales telles que les infirmités motrices cérébrales, il y a fréquemment des troubles de l'acquisition du langage mais leur détermination est complexe, incluant des troubles moteurs gênant la motricité des organes phonatoires, des atteintes globales de la masse corticale qui retentissent sur le développement intellectuel et des réactions psychologiques à l'infirmité.

Quant aux relations entre le développement du langage et le niveau intellectuel, elles sont beaucoup moins simples qu'on ne le pensait autrefois, en particulier, on ne peut plus faire de la non-apparition du langage un critère d'arriération mentale comme on le faisait. On sait qu'il faut un degré d'arriération profond tel qu'on l'observe dans les encéphalopathies sévères pour que le retard intellectuel explique à lui seul la non-apparition du langage. Pour les niveaux supérieurs, il y a une certaine relation entre le degré du développement intellectuel et celui du développement linguistique, mais cette relation n'est pas simple.

### 2) L'audition

Il est évident que l'enfant doit entendre pour apprendre à parler. Une perte de l'acuité auditive retentit sur l'acquisition des sons de la langue (phonèmes). Une perte de 70 décibels ou plus sur les fréquences conversationnelles (250 à 4 000 hz.) empêche l'acquisition du langage sans éducation spécialisée.

### 3) Le fonctionnement des organes phonatoires

Il est exceptionnel que le fonctionnement des organes phonatoires soit seul en cause dans l'impossibilité d'utiliser le langage. Leur mauvais fonctionnement est une des causes des difficultés d'acquisition du langage des infirmes moteurs cérébraux. Les anomalies anatomiques des organes de la phonation peuvent retenir sur l'articulation de certains phonèmes mais non sur l'acquisition du langage lui-même.

## B) LA RELATION AVEC L'ENTOURAGE

L'influence de la relation de l'enfant avec son entourage sur l'acquisition du langage est liée d'une part à la qualité de la relation affective qui s'établit, d'autre part à la richesse linguistique du milieu dans lequel vit l'enfant, à l'importance et la qualité des stimulations linguistiques qu'il en reçoit.

### 1) Relation affective

Le langage est l'outil privilégié de la communication interhumaine, mais il n'est pas le seul et surtout, il n'est pas le premier à être utilisé dans l'existence de l'enfant. *L'enfant doit découvrir la possibilité de communiquer avec son entourage et recevoir des satisfactions de cette communication avant de s'intéresser au langage.* Si cela ne lui est pas possible, il n'a aucune raison de développer son langage et l'expérience de la psychopathologie montre qu'il ne le fait pas.

Le schéma du premier mode de communication, qui est de nature pré-linguistique, est le suivant : l'enfant émet un signal dont il ne connaît pas lui-même la signification, mais qui correspond à un éprouvé intérieur ; par exemple, il crie et se débat lorsqu'il éprouve une sensation de faim, la mère alertée par ce signal émis l'interprète et y répond, par exemple elle donne le sein ou le biberon pour calmer la faim du nourrisson. La répétition de ces expériences permet à l'enfant d'attacher la représentation d'un objet (sein ou biberon) à ce qu'il éprouve en lui-même et au signal qu'il émet qui prend ainsi son sens puisqu'il devient un véritable appel à être nourri.

Soit par suite de circonstances (par exemple l'absence de la mère ou d'un substitut de la mère), soit par suite d'anomalies de l'instinct maternel, qui normalement permet à la mère d'interpréter correctement le signal émis par l'enfant, cette communication pré-linguistique peut échouer ou être profondément distordue : il y a des mères qui ne répondent pas du tout au signal émis par l'enfant, d'autres qui y répondent ou avec un temps de latence trop important, d'autres enfin qui y répondent de manière inadéquate, par exemple qui systématiquement interprètent le signal de l'enfant comme un besoin d'être nourri alors que l'enfant peut avoir besoin d'être changé, d'être pris dans les bras, d'être bercé, de voir ou d'entendre sa mère. Dans les cas plus graves, l'enfant ne peut pas communiquer avec son entourage et a fortiori, il ne peut accéder au langage.

Au delà des premières acquisitions linguistiques, la relation affective continue à jouer un rôle fondamental dans le développement ultérieur du langage. Le *plaisir de parler* est très lié à la nature des échanges affectifs de l'enfant.

### 2) **Richesse linguistique du milieu**

Ce sont les règles d'organisation de la langue que l'enfant découvre peu à peu et utilise. Mais ce sont bien sûr les règles de la langue qu'il entend parler autour de lui et s'il n'entend qu'un langage très appauvri, très utilitaire, qui ne comporte qu'un minimum de syntaxe et qu'un nombre très limité de mots, il ne peut acquérir un langage riche en vocabulaire et complexe sur le plan syntaxique.

Le milieu linguistique dans lequel baigne l'enfant, *l'importance et la qualité des stimulations linguistiques* qu'il reçoit, sont des éléments essentiels de l'acquisition de son langage. Les enquêtes montrent que parmi les enfants atteignant l'âge scolaire, 20 % seulement ont acquis une syntaxe suffisamment structurée et correspondant à la langue utilisée à l'école ; le reste, 80 %, est au-dessous de ce niveau.

## C) LES LOIS LINGUISTIQUES

L'acquisition de la langue ne consiste pas en un apprentissage mémoriel de mots ou de phrases que l'enfant réciterait dans l'état où il les a appris mais dans la découverte par l'enfant des lois générales qui régissent sa langue, ce qui lui permet non seulement d'utiliser des mots ou des phrases qu'il aura entendus, mais encore d'inventer des expressions nouvelles en obéissant à ces lois (Chomsky). Ce fait est prouvé d'une part par la possibilité indéfinie de construire des phrases nouvelles, d'autre part par les erreurs que commet l'enfant en suivant les lois générales de sa langue dont il ne connaît pas encore les irrégularités : par exemple « ils couriront » sur le modèle de « ils partiront ».

Par rapport aux autres systèmes de communication naturelle (mimique, gestuelle), *le langage se caractérise par une double articulation* (Martinet) : *articulation des mots entre eux* à l'intérieur de la phrase, qui définit un niveau grammatical — *articulation des sons du langage (ou phonèmes) entre eux,* qui définit le niveau phonétique ou plus précisément phonologique (la phonologie s'intéressant aux rapports réciproques des phonèmes alors que la phonétique en étudie les caractéristiques physiques et physiologiques). Outre les aspects phonologique et grammatical, la langue comporte un aspect lexical : l'apprentissage et l'usage des mots.

### 1) **Point de vue phonologique**

Les phonèmes fonctionnent par opposition réciproque, c'est-à-dire par la présence ou l'absence de « traits » qui permettent de les distinguer et de les opposer mutuellement et que l'on appelle « *traits distinctifs* ». Par exemple, ce qui distingue un « p » d'un « b » n'est pas une définition physique précise de chacun de ces phonèmes — nous pouvons identifier des « p » prononcés avec des forces et des hauteurs très différentes — c'est le fait que le « p » est produit sans vibration des cordes vocales alors que le « b » s'accompagne de vibrations des cordes vocales, toutes choses égales d'ailleurs ; ce caractère vibration ou non-vibration des cordes vocales définit un « trait distinctif » : le « p » sera dit sourd et le « b » sonore ; les deux phénomènes sont des occlusives labiales qui ne s'opposent que par le caractère sourd/sonore. Bien entendu les phonèmes peuvent s'opposer par plusieurs traits distinctifs.

C'est la découverte progressive de ces « traits distinctifs » qui permet à l'enfant de construire son système phonologique. Il découvre d'abord les traits distinctifs qui sont communs à toutes les langues et en dernier ceux qui sont particuliers à sa langue ou peu répandus. Il y a dans toute langue une hiérarchie des traits distinctifs qui veut qu'un trait distinctif ne peut être utilisé si celui du niveau précédent n'existe pas. Cette hiérarchie se retrouve dans l'ordre dans lequel l'enfant identifie les traits distinctifs. *Le premier trait distinctif que l'enfant reconnaît est celui qui oppose voyelles et consonnes :* pour les premières, le passage de l'air expiré à travers la cavité buccale est libre pendant toute la durée de l'émission du phonème — pour les secondes, il y a une fermeture plus ou moins complète de la cavité buccale sur laquelle vient buter la colonne d'air expirée. Il y a des degrés d'ouverture de la cavité buccale pour les voyelles et dans sa fermeture pour les consonnes. Ce sont les phonèmes les plus opposés que l'enfant va d'abord distinguer et utiliser : la voyelle la plus ouverte « a » et les consonnes qui nécessitent une fermeture complète de la bouche, les occlusives labiales « p », « b », puis alvéolaires « t » et « d ». Au fur et à mesure de son évolution, il découvrira de nouvelles oppositions, de nouveaux « traits distinctifs ».

**2) Le point de vue grammatical**

Il comporte deux aspects : *un aspect morphologique* défini par les différentes formes grammaticales d'un même mot (singulier/pluriel - genre - flexion des verbes) et *un aspect syntaxique* défini par la façon d'assembler les mots dans une proposition et les propositions dans une phrase.

L'enfant utilise d'abord des mots isolés qui ne peuvent se classer dans aucune catégorie grammaticale, seul le contexte extra-linguistique permet d'en comprendre la fonction. Il n'y a à ce stade ni syntaxe ni classe de mots.

Peu à peu, il analyse, par différenciation progressive, les éléments des phrases de l'adulte. Il découvre ainsi qu'il y a des éléments communs à des situations données dont certains aspects sont variables : « Maman/*est partie* » — « Papa/*est parti* ». Il peut ainsi découvrir les premières oppositions fonctionnelles entre les mots : Substantifs (Maman, Papa)/ verbe (est partie [e]). Sa première syntaxe consistera en l'apposition de deux mots : « Mama patie » sans mot indiquant les relations entre les éléments du discours (conjonction, article etc...), ni flexion des mots.

Il faudra à l'enfant un long travail de découverte, là encore par la reconnaissance de jeu d'opposition, pour isoler correctement les éléments du discours et enrichir sa grammaire. C'est le même principe de reconnaissance d'éléments constants dans des contextes variables qui lui permet ce travail : par exemple,

« pati/mechant gaçon »
« pati/gaçon »
« mechant/gaçon ».

Beaucoup plus tardivement, il comprendra le principe de l'articulation de plusieurs propositions dans une phrase grâce aux conjonctions de subordination (que, parce que, etc...) et aux pronoms relatifs, articulation qui lui permet de combiner de manière indéfinie des énoncés entre eux et qui le fait accéder ainsi à toute la richesse et toute la souplesse du langage.

### 3) Le point de vue lexical

On observe dans l'acquisition des mots deux lois générales :

*Plus les mots désignent ce que l'enfant perçoit,* plus tôt ils sont acquis. Ce sont d'abord des mots concrets désignant des objets ou des personnes, des animaux qu'il acquiert. Plus tard, il acquerra les mots désignant des actions et des relations. Plus un mot a une signification abstraite, plus tard il est utilisé.

*La signification de chaque mot se restreint* au fur et à mesure que l'enfant augmente son vocabulaire. Il utilise ce qu'il a à sa disposition et donc, au début de l'apprentissage, un même mot va désigner de nombreux objets qui ont une certaine ressemblance ou encore toute une catégorie de personnes. Il est fréquent par exemple que le mot « papa » désigne non seulement le père mais n'importe quel homme.

## II - LES ETAPES DE L'ACQUISITION DU LANGAGE

Il faut distinguer deux phases : une *phase pré-linguistique* et une *phase linguistique* à l'intérieur de laquelle on observe plusieurs étapes, chacune d'elles s'opposant à la précédente mais réalisant une organisation nouvelle du langage.

### A) LA PHASE PRE-LINGUISTIQUE

Pendant les premières semaines de son existence, l'enfant n'émet que des *cris ou bruits modulés* qui accompagnent ses états de besoin ou de malaise.

Puis survient le Jasis ou *gazouillis* (synonyme : lallation, babil) dans le courant du deuxième mois. L'enfant émet des sons qui sont d'abord des voyelles antérieures : « a », « e », puis des consonnes gutturales : « r ». Ce jasis s'enrichit progressivement et l'enfant émet toutes sortes de sons y compris des sons qui n'existent pas dans sa langue. On a dit qu'il comportait tous les phonemes rencontrés dans toutes les langues du monde, mais cela paraît infirmé par l'observation. On a dit aussi que le jasis était le même pour tous les enfants du monde, mais cette affirmation manque de contrôle expérimental.

Le jasis s'observe dans les périodes de détente, de satisfaction et l'enfant paraît prendre plaisir aussi bien à l'exercice moteur phonatoire qu'il se donne, qu'à l'audition de ses propres productions vocales. L'exercice phonatoire peut être la seule motivation du jasis puisque les enfants sourds en ont un.

Outre qu'il est une source de plaisir pour l'enfant, de l'ordre de « *plaisir de fonctionnement* », il a pour lui une double fonction : il lui permet d'exercer ses organes phonatoires, d'en acquérir une certaine maîtrise et de découvrir la liaison entre l'activité musculaire de ses organes phonatoires et les bruits qu'il perçoit, ce qui peu à peu lui permet, par un processus de feed-back de contrôler ses émissions vocales. D'autre part, *il fait partie des moyens de communication entre sa mère et lui.* La mère reproduit les sons du jasis de l'enfant qui les reproduit à son tour. Puis l'enfant devient capable d'imiter des sons émis par l'adulte et c'est ainsi qu'à partir de 5-6 mois s'établit un véritable échange par le jasis entre la mère et l'enfant qui est source de beaucoup de plaisir réciproque (c'est à partir de cet âge qu'on commence à observer une différence entre l'enfant sourd et l'enfant entendant).

## B) LA PHASE LINGUISTIQUE

Elle commence entre dix et douze mois par deux phénomènes conjoints : *l'apparition du premier mot - la disparition du jasis.* La richesse phonétique du jasis est suivie par une pauvreté phonologique. L'enfant cesse progressivement d'émettre la plupart des sons de son jasis pour, lorsqu'il veut s'exprimer, n'utiliser qu'une petite partie des sons de sa langue. On pensait autrefois qu'il y avait des sons difficiles à prononcer et que l'enfant commençait par utiliser les sons les plus faciles de sa langue, mais cela est infirmer par le fait que dans le jasis l'enfant prononce des sons qu'ultérieurement il aura le plus grand mal à reproduire et qui paraissent difficiles à articuler pour les adultes eux-mêmes. Cette théorie de la facilité articulatoire est aujourd'hui abandonnée. C'est la nécessité pour l'enfant de découvrir les lois phonologiques de sa langue, les « traits distinctifs », qui explique la pauvreté de son premier système phonologique. Il y a un passage d'un stade où l'enfant exerçait librement ses organes phonatoires en produisant les sons les plus divers à un stade où il doit découvrir les lois phonologiques du langage de son entourage.

### 1) De 10 mois à 2 ans

a) - *le premier mot :*

L'âge d'apparition du premier mot (servant à désigner une personne, un objet ou une situation) est difficile à fixer car la subjectivité de l'entourage intervient dans l'appréciation de ce qui est le premier mot. Il n'est pas rare qu'une mère attribue à certains sons du jasis de l'enfant une signification qu'ils n'ont peut être pas pour lui. Il semble que l'enfant répète certains mots serinés par son entourage avant de leur donner une signification. Selon que l'on se fie aux dires de la mère ou qu'on exige une observation objective, l'âge moyen d'apparition du premier mot est de *11 mois* dans le premier cas, *13 à 14 mois* dans le second.

Le plus souvent il consiste en une *monosyllabe redoublée :* « boumboum - papa - mama, etc... ». Le redoublement est sans doute le fait de l'enfant, mais il est fréquemment entretenu par l'entourage, qui adapte son langage à celui de l'enfant et y trouve des satisfaction régressives. Il est fréquent que le premier mot soit l'appellation familière des parents : « papa - mama », mais c'est loin d'être la règle. On s'est interrogé sur l'origine de ces appellations, qui sont très voisines dans beaucoup de langues. On a interprété « mama » comme la reproduction des mouvements des lèvres que fait l'enfant pour prendre le sein. Quelle que soit l'exactitude de ces interprétations, il faut remarquer que les syllabes de ce mot obéissent à la loi phonologique dont nous avons parlé : l'écart phonologique est au maximum entre la consonne, qui est occlusive labiale, et la voyelle, qui est la plus ouverte.

b) - *Le stade du « mot-phrase »* :

Le linguiste Marcel Cohen a désigné sous le terme de « mot-phrase » les mots monosyllabiques redoublés, puis bisyllabiques, que l'enfant utilise dans les premiers stades de son langage. Ces mots n'ont pas la valeur que nous attribuons aux mots dans le langage adulte ; ils *ne prennent leur signification que dans un contexte linguistique donné.* L'enfant se contente d'un seul « mot-phrase » dont la signification est donnée par le contexte extra-linguistique : les circonstances dans lesquelles il l'émet, la communication mimique et gestuelle qui l'accompagne. Ainsi « papo » peut signifier : « Maman est partie chercher mon chapeau pour me le mettre » ou « je veux mettre mon chapeau pour sortir » etc...

La plupart des « mots-phrases » sont des imitations des mots prononcés par l'adulte, parfois l'enfant invente lui-même certains « mots-phrases ».

L'utilisation de ces « mots-phrases » est *liée à la vie émotionnelle.* C'est mû par un désir ou par une peur, que l'enfant émet le « mot-phrase ».

Le stade du « mot-phrase » dure 6 mois à 1 an, c'est-à-dire qu'il débute vers 1 An et s'éteint entre 18 mois et 2 ans.

c) - *L'apparition du « non » :*

*Vers 18 mois* l'enfant commence à utiliser le « non ». Spitz en a fait un moment privilégié de l'évolution affective et relationnelle de l'enfant, qu'il apelle le *3e organisateur du psychisme,* en tant qu'il marque le moment où l'enfant devient capable de s'opposer consciemment à autrui en s'identifiant à l'adulte interdicteur.

d) - *La première phrase :*

Elle consiste en l'*apposition de deux mots,* sans mot de liaison ou de relation : « Mama pati ». L'apparition de la première phrase se situe en moyenne à la fin de la 2e année, entre *20 et 24 mois.* C'est un repère beaucoup plus sûr que le premier mot dans l'étude anamnestique du langage, car la subjectivité de l'entourage n'y a aucune part.

e) - *L'écholalie :*

On appelle ainsi l'*imitation de phrases* entières ou de fragments de phrases, en général le fragment terminal de la phrase que l'enfant vient d'entendre. Ce langage écholalique n'a pas de valeur de communication ; l'enfant ignore le sens de ce qu'il répète, il s'agit d'une imitation passive du langage de l'adulte bien différente de l'acquisition du vrai langage.

*L'écholalie s'observe surtout entre 18 et 24 mois.* A cet âge, elle n'est pas constante mais très fréquente. Normalement elle disparaît complètement. La persistance d'une écholalie à un âge nettement plus avancé prend une signification pathologique.

On peut en rapprocher l'imitation que fait fréquemment l'enfant de cet âge de la mélodie et des sons du langage, sans valeur signifiante. Il jargonne, tout comme s'il tenait une véritable conversation, mais ce qu'il dit est dépourvu de sens.

**2) Le langage entre 2 et 3 ans**

L'évolution du langage entre 2 et 3 ans se caractérise par quatre ordres de faits :

— l'enrichissement considérable du vocabulaire,
— l'acquisition progressive de la syntaxe,
— l'apparition du « je »,
— la persistance de simplifications phonétiques, qui donne ce qu'on appelle le « parler bébé ».

a) - *L'enrichissement du vocabulaire :*

C'est entre 2 et 3 ans que l'enrichissement du vocabulaire est le plus important, comparé à toutes les autres périodes de l'existence. La plupart des mots utilisés dans la vie courante

sont acquis pendant cette année. Le gain est de 800 à 1 000 mots. Le vocabulaire passe de 100 à 200 mots à 2 ans, de 1 000 à 2 000 mots à 3 ans, en moyenne, avec de grandes variations individuelles évidemment.

Les mots appris sont surtout ceux qui désignent les parties du corps, les objets et personnages familiers, les aliments etc... Ce sont surtout des *mots concrets*. Les mots servant à désigner des relations sont en nombre beaucoup plus restreint.

b) - *L'acquisition progressive de la syntaxe* :

L'enfant dépasse la syntaxe par simple apposition et enrichit progressivement sa syntaxe de « *signes grammaticaux* », c'est-à-dire de mots ou de parties de mots qui ne désignent ni des objets (noms), ni des actions (verbes ou prédicats), mais les relations entre les mots de la phrase : article, genre des mots, nombre (singulier/pluriel), préposition etc...

Il arrive qu'un enfant prononce avant deux ans un de ces « signes grammaticaux », mais sans lui donner de valeur fonctionnelle dans la phrase ; le « signe grammatical » fait encore partie pour lui du mot qu'il accompagne. Dans le courant de la 3e année, l'enfant découvre la valeur fonctionnelle de ces signes grammaticaux.

Il n'est pas possible de donner un ordre régulier de l'acquisition des catégories grammaticales. L'acquisition de la syntaxe n'est pas achevée à 3 ans, mais à cet âge l'enfant possède une syntaxe, alors qu'à 2 ans il savait seulement juxtaposer des mots.

c) - *L'apparition du «je »* :

La façon dont l'enfant se désigne lui-même évolue au cours de l'acquisition du langage. C'est d'abord par son prénom, ou son surnom qu'il le fait. Puis il se désigne par « moi ». Enfin il accède au « je » vers 3 ans. Cette accession au « je » marque une étape essentielle dans la construction de son sens de l'identité. C'est seulement à partir de là que l'on est sûr qu'il se perçoit comme une personne distincte.

Les troubles graves de l'individuation, telles les psychoses précoces, sont toujours marquées par des anomalies dans l'utilisation des pronoms et notamment par l'impossibilité d'utiliser le « je ».

d) - *La persistance de simplifications phonétiques : le « parler bébé »* :

Le « parler bébé », très fréquent à cet âge, est caractérisé par les éléments suivants :

— *la non-apparition de certaines consonnes,* en particulier les soufflées : z, s, j, ch, qui peuvent être remplacées par une labiale (p, b, m), une dentale (d, t) ou réalisées sous une seule forme (z) ;

— *la simplification des groupes consonantiques,* la deuxième consonne en est supprimée : « ba » pour « bla », « ta » pour « tra » ;

— *la simplification des voyelles complexes :* « é » pour « ié » ;

— *certaines facilitations articulatoires,* comme l'assimilation, c'est-à-dire le rapprochement des points articulatoires de 2 consonnes successives : « crain » pour « train » ;

— *la réduction d'un mot* à une seule de ses syllabes (le plus souvent la première, parfois la dernière), qui peut être redoublée : « ta » pour « table ».

La persistance au-delà de 3-4 ans d'un parler bébé, qui a souvent une signification régressive, définit ce qu'on appelle un *retard de parole,* lequel sera étudié dans un autre chapitre.

### 3) Le développement du langage après 3 ans

L'acquisition du langage n'est pas achevée à 3 ans, bien que ses éléments essentiels soient déjà en place. Après trois ans, l'enfant continue à enrichir son vocabulaire, en particulier de mots abstraits et de mots de relation. Il perfectionne sa syntaxe.

Un langage achevé permet de communiquer ce que l'on veut dire indépendamment d'un contexte concret. On parle de *langage explicite* lorsque toute l'information nécessaire est contenue dans le langage, de *langage implicite* lorsque la compréhension du message nécessite en outre des informations extra-linguistiques données par la connaissance du contexte concret dans lequel l'enfant émet son message. Le langage explicite suppose la possibilité d'articuler des propositions entre elles, grâce aux conjonctions de subordination (que, parce que etc...) et aux prénoms relatifs, ce qui permet une combinatoire indéfinie des énoncés. Cette possibilité s'acquiert pendant la 4e année et au début de la 5e (Laurence Lentin). Il est possible que si l'enfant n'a pas acquis ce langage explicite à 5 ans, il ne l'acquière pas ultérieurement.

A l'acquisition naturelle du langage oral, fait suite l'apprentissage scolaire de la langue écrite (légalement à partir de 6 ans). Les relations entre l'acquisition de la langue parlée et *l'apprentissage de la langue écrite* sont à double sens : un retard dans l'acquisition du langage peut gêner voire empêcher l'apprentissage de la langue écrite. A l'inverse, dans quelques cas, l'apprentissage de la lecture corrige des défauts de langage, en apportant à l'enfant un nouveau moyen de discrimination. D'autre part, l'apprentissage de la langue écrite permet une augmentation considérable des connaissances linguistiques, grâce à la lecture.

## BIBLIOGRAPHIE

AIMARD (P.). — L'enfant et son langage, Simep-éditions, Villeurbanne, 1972.

CHOMSKY (N.). — Le langage et la pensée, (Trad. L.J. CALVET), Paris, Payot, 1968.

JAKOBSON (R.). — Langage enfantin et aphasie, (Trad. J.P. BOONS et R. ZYGOURIS), Paris, Les Editions de Minuit, 1969.

LAUNAY (C.) et BOREL-MAISONNY (S.). — Les Troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant, Paris, Masson, 1972.

LENTIN (L.). — Apprendre à parler à l'enfant de moins de six ans, où, quand, comment ?, Paris, E.S.F., 1972.

LLORACH (E.A.). — L'acquisition du langage par l'enfant, in « Le Langage », Encyclopédie de la Pléïade sous la direction d'A. MARTINET, Bruges, N.R.F. 1968.

WYATT (G.L.). — La relation mère-enfant et l'acquisition du langage, Paris, Dessart, 1973.

Orthophonie. — Perspectives Psychiatriques, n° 49, 1974.

# DÉVELOPPEMENT AFFECTIF

## I - GENERALITES

### A) NOTION D'AFFECTIVITE

De la naissance à l'âge adulte, l'affectivité suit une ligne évolutive qui a ses caractéristiques propres, mais qui s'intrique en une interférence constante avec les autres domaines du développement, la croissance physique, les acquisitions motrices et verbales, le devenir intellectuel.

L'affectivité est assez difficile à définir. On peut dire cependant qu'elle recouvre à peu près *les domaines des émotions et des sentiments* ou pour employer un terme de la psychologie allemande repris par la psychanalyse, celui *des affects*, c'est-à-dire de tous les « états affectifs, pénibles ou agréables, vagues ou qualifiés, qu'ils se présentent sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale » (J. Laplanche et J.B. Pontalis).

La notion d'affect ou d'émotion est liée à celle d'expérience subjective, à un vécu du sujet. On conçoit que chez l'enfant, compte tenu de la difficulté ou de l'incapacité de celui-ci de communiquer par le langage ce qu'il ressent, il y ait une difficulté encore plus grande que chez l'adulte à aborder ce domaine.

Cette étude de l'affectivité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent amène évidemment à envisager ses modalités d'expression en fonction de la *vie relationnelle* du sujet, donc à s'interroger sur la genèse, sur l'évolution de celle-ci, ses caractéristiques.

Il est clair que la compréhension du développement affectif comme de la vie psychique en général a été fortement enrichie par certaines données psychanalytiques, lesquelles sont tirées d'un matériel clinique varié : investigations et traitements psychanalytiques prolongés d'adultes permettant la reconstruction de leur vécu infantile ; psychanalyses d'enfant au moment même où sont vécues les expériences affectives déterminantes, les conflits ; observation directe enfin du comportement, des conduites d'enfants normaux ou pathologiques et de leurs productions telles que jeux, dessins etc... Au cours de cette étude du développement affectif, nous allons donc être amenés à préciser quelques-uns de ces *apports psychanalytiques* tirés de l'expérience clinique, non sans nous rendre compte parfois d'un certain parti pris didactique et surtout de la réduction qu'entraîne nécessairement la référence à un modèle général de compréhension de l'organisation affective.

D'autres données, tirées notamment de l'observation clinique, de travaux psychologiques, parfois expérimentaux, ou bien encore d'études s'inspirant de la méthode éthologique

chez l'animal, viennent évidemment éclairer tel ou tel point quand cela nous apparaît nécessaire, leurs prolongements théoriques ne manquant pas alors d'être précisés.

## B) QUELQUES NOTIONS PSYCHANALYTIQUES DE BASE

Ces notions générales méritent d'être rappelées avant l'étude du développement affectif. Elles constituent les éléments fondamentaux de la Métapsychologie, terme créé par S. Freud « pour désigner la psychologie qu'il a fondée, considérée dans sa dimension la plus théorique » (J. Laplanche et J.B. Pontalis), celle d'un ensemble de modèles conceptuels propres à éclairer la compréhension des faits psychiques humains.

Ce sont notamment :

1) **Les trois points de vue sur le fonctionnement psychique** décrits par Freud ;

a) *Le point de vue dynamique,* qui met l'accent sur la notion de conflit : toute conduite est finalement le résultat d'un *conflit,* d'une opposition ou d'une interaction de forces, de tendances, de désirs en présence ; conflit entre l'individu et le milieu extérieur, mais aussi à l'intérieur du sujet lui-même (conflit intra-psychique) entre des désirs opposés. Par exemple le fait de grandir peut être l'occasion d'un conflit entre le désir de progresser, de devenir grand et celui de rester petit en raison des satisfactions qu'entraîne la situation de dépendance infantile.

b) *Le point de vue topique* s'efforce de repérer dans l'appareil psychique des zones différentes caractérisées par un fonctionnement propre.

La description d'une vie inconsciente, intervenant dans la détermination des conduites humaines, reste une des données fondamentales de la psychanalyse. On sait que la formulation de Freud en ce domaine a progressivement évolué et qu'à la simple *opposition initiale système Inconscient et système Préconscient-Conscient* (qu'on appelle la première topique), s'est substituée à partir de 1920 la distinction de *trois systèmes, le Çà, le Moi, le Surmoi,* dits « instances » de la personnalité, distinction qui constitue la deuxième topique et qui vient affiner l'opposition initiale.

Le Çà comporte le système des pulsions, domaine inconscient, obéissant au principe de plaisir comme on va le voir.

Le Moi est une instance chargée d'un double rôle : celui de la prise en considération de la réalité, rôle donc de la partie consciente du psychisme fonctionnant selon le mode du principe de réalité ; celui encore de la lutte contre l'angoisse liée aux conflits, rôle tenu par certaines opérations psychiques inconscientes, défensives, appelées mécanismes de défense contre l'angoisse.

Le Surmoi représente l'instance interdictrice interne inconsciente.

c) *Le point de vue économique* prend en considération le devenir de l'énergie psychique dérivée des tendances profondes du sujet, de ses pulsions, *énergie investie et répartie dans les différents secteurs de l'activité mentale,* dans la réalisation des buts pulsionnels (la satisfaction érotique ou agressive par exemple) comme dans celle des opérations défensives s'opposant à une satisfaction pulsionnelle trop directe car alors source d'angoisse. L'évaluation de la quantité respective de plaisir authentique et de déplaisir ou d'angoisse, de l'importance

mutuelle de la recherche de satisfaction et de la lutte contre l'émergence d'angoisse dans telle activité particulière (jeu, activité scolaire etc.) ou en général, est un temps important de l'investigation psychanalytique d'un sujet.

2) **Les pulsions** (la traduction française du mot allemand « trieb » utilisé par Freud évite les implications de termes d'usage plus ancien et non psychanalytique tels que « instinct » et « tendance »).

Ce sont des « processus dynamiques consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but » (J. Laplanche et J.B. Pontalis). Elles sont en d'autres termes l'expression concrète et psychologique des intérêts profonds du sujet.

Chaque pulsion a sa *source* dans une excitation corporelle créant un état de tension, elle tend à la réalisation d'un *but* qui lui est spécifique et qui supprime l'état de tension, elle cherche sa satisfaction à travers un type particulier d'*objet* et grâce à lui. Ainsi peut-on identifier une pulsion par son objet (ce par quoi est satisfaite la pulsion) et par son but. La source par contre nous échappe et Freud a toujours rappelé que sa connaissance appartient au domaine de la biologie.

Deux grands types de pulsions sont décrits par Freud :

*Les pulsions sexuelles* représentent pour lui le moteur déterminant de bien des conduites de l'adulte, mais aussi de l'enfant. En effet ici, « la sexualité ne désigne pas seulement les activités et le plaisir qui dépendent du fonctionnement de l'appareil génital, mais toute une série d'excitations et d'activités présentes dès l'enfance, qui procurent un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental (respiration, faim, fonction d'excrétion etc...) et qui se retrouvent à titre de composantes dans la forme dite normale de l'amour sexuel » (J. Laplanche et J.B. Pontalis). Ainsi la *libido*, qui est l'énergie dérivée des pulsions sexuelles, se manifeste différemment tout au long du développement et investit dans l'enfance des zones du corps privilégiées dites érogènes (orale, anale, phallique) avant de se centrer sur le domaine de la sexualité génitale adulte. En d'autres termes, Freud parle de « disposition perverse polymorphe de l'enfant ».

*Les pulsions agressives* sont à la source de nombreuses conduites tant au plan individuel que collectif. Dans un premier temps, Freud voit dans l'agressivité le résultat de la frustration, de la non-satisfaction des pulsions quelqu'elles soient, alors qu'en suite il considère l'agressivité comme l'expression de pulsions particulières, les pulsions de mort, celles-ci s'opposant aux pulsions de vie (sexuelles notamment). Dans l'esprit de Freud, « les pulsions de mort tendent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique. Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant à l'auto-destruction, elles seraient secondairement dirigées vers l'extérieur, se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression ou de destruction » (J. Laplanche et J.B. Pontalis). La libido et, sur un autre plan, la mère ont précisément pour tâche de rendre inoffensives ces pulsions de mort en les contenant, en s'y opposant ou en les dirigeant contre les objets du monde extérieur. La notion de pulsion de mort introduite par Freud dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920) et constamment réaffirmée par lui jusqu'à la fin de son œuvre, n'a pas réussi à s'imposer aux disciples et à la postérité de Freud au même titre que la plupart de ses apports conceptuels ; elle reste une des notions les plus controversées.

3) **La notion de refoulement** est essentielle à la conception freudienne de la vie psychique. Il s'agit d'une « opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (images, pensées, souvenirs) liées à une pulsion », opé-

ration mise en jeu en raison des conséquences éventuellement pénibles et déplaisantes car génératrices de conflits, de ces représentations. Ainsi le refoulement apparaît comme un mécanisme de défense contre l'angoisse tout à fait essentiel. D'un point de vue plus général, le refoulement peut être considéré comme « un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme » (J. Laplanche et J.B. Pontalis).

### C) LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF

Il est éclairé de manière remarquable par de nombreux travaux psychanalytiques, certains de S. Freud, comme ceux consacrés à la sexualité infantile et au développement libidinal ou comme l'observation du petit Hans, d'autres de disciples ou successeurs, tels que K. Abraham et S. Ferenczi, puis sa fille A. Freud, M. Klein, R. Spitz, J. Bowlby, D. W. Winnicott, etc...

Tous mettent l'accent, dans *une perspective psycho-dynamique,* sur le fait que le developpement affectif est une longue suite d'expériences plus ou moins conflictuelles, liées à la confrontation de désirs différents voire opposés entre l'enfant et son entourage, à l'affrontement aussi entre elles des diverses exigences internes du sujet, celles des pulsions sexuelles et agressives, celles des interdits internes, celles aussi de l'instance chargée de l'adaptation à la réalité.

Beaucoup prennent en considération *un point de vue génétique* tel que l'organisation affective achevée est en rapport intime avec les conditions de sa formation, que les expériences du passé, l'histoire personnelle de l'individu sont partie intégrante du processus de développement.

Bien d'autres travaux ont évidemment contribué à approfondir nos connaissances du développement affectif, qu'ils reposent sur l'observation clinique, sur des études ou des enquêtes psychologiques, des confrontations de l'éthologie animale ou humaine. De même, d'autres conceptions, celle de H. Wallon par exemple, sont très stimulantes.

Au cours des lignes qui vont suivre, nous allons décrire les grandes périodes du développement affectif, la première enfance jusqu'à 16-18 mois, la deuxième enfance jusqu'à six ans environ, la grande enfance de cet âge à la puberté, puis l'adolescence, en nous efforçant lors de chaque période de décrire à la suite de D. Widlöcher :

— la nature des *intérêts prédominants* de l'enfant, le type des satisfactions recherchées, bref les modalités de sa vie pulsionnelle ;

— les caractéristiques de *sa vie relationnelle,* les échanges affectifs qui la marquent, les modalités de ce qui est appelé la « relation d'ojet » ;

— les processus contribuant progressivement à *l'élaboration de sa personnalité,* entité à vrai dire bien difficile à cerner, qui fonde cependant la cohérence des expériences du sujet, affectives notamment et la stabilité de ses réponses, de ses conduites face aux conflits auxquels il est exposé et à l'angoisse qui s'en dégage.

## II - LA PREMIERE ENFANCE

Cette période qui recouvre les 15 à 18 premiers mois est capitale : les expériences affectives du nourrisson, de mieux en mieux connues grâce à de nombreux travaux cliniques,

malgré les difficultés évidentes qu'il y a à connaître la vie psychique à cet âge, sont certainement fondamentales pour l'avenir psychologique de l'enfant et de l'adulte.

## A) LES INTERETS DU NOURRISSON

Si les intérêts du grand enfant, de l'adolescent et de l'adulte sont généralement nombreux et diversifiés, ceux du nourrisson sont, par contre, limités, il ne recherche qu'un nombre réduit de gratifications.

Parmi celles-ci, ce qui a trait à *la zone orale et aux soins alimentaires* occupe une place importante. Il est très vraisemblable que les plaisirs et les tensions que le nourrisson éprouve, tiennent en grande partie aux satisfactions et aux besoins oro-digestifs. Nous savons que l'activité de celui-ci est initialement rythmée par l'alimentation : elle est à son maximum juste avant la tétée et à son niveau le plus bas peu après. Notons-là, comme le montre fort bien les études sur le nouveau-né, l'existence de schèmes moteurs présents dès la naissance au niveau de la bouche, permettant la mise en place des mouvements de tétée.

Plaisir lors de l'absorption alimentaire, mais aussi plaisir tiré de la seule existence de la zone orale dont la sensibilité est très vive, comme le montrent de nombreuses constatations, celles de Margaret Ribble par exemple. Celle-ci, autour de 1940, a étudié de manière prolongée 600 jeunes enfants, dans le dessein de vérifier par l'observation directe les hypothèses psychanalytiques sur le développement libidinal, et a conclu que l'apaisement de la faim ne joue pas le rôle unique et même déterminant dans la survenue de la détente, celle-ci apparaissant même après l'apport d'une petite quantité de nourriture insuffisante pour calmer la faim, que donc le fait même de téter intervient de manière très importante. On pourrait faire état encore de bien d'autres travaux sur les gratifications orales non alimentaires, les mouvements de succion et de tétée spontanés du nouveau-né, le temps de tétée, la succion du pouce etc...

*L'existence d'un plaisir oral indépendant du plaisir alimentaire laisse non résolu un problème :* celui des origines d'un tel plaisir. Deux thèses s'affrontent à ce sujet. La première, avec M. Ribble et D.W. Winnicott notamment, considère le plaisir oral comme un plaisir primaire, sans lien génétique avec la satiété alimentaire ; elle est en accord avec la notion de zones érogènes biologiquement déterminées et implique donc l'idée d'une maturation spécifique de l'érotisme pré-génital. La seconde considère le plaisir libidinal comme secondaire ; la mère en assurant l'alimentation stimule la région buccale et induirait un plaisir nouveau. Cette thèse rejoint celle de l'étayage, soutenue par S. Freud, selon laquelle les premières formes de la sexualité s'appuient sur d'autres fonctions biologiques (alimentation, défécation, urination) : « l'amour à ses débuts est lié à la satisfaction du besoin de nutrition ». Ce qui est certain, en tout cas, dans le plaisir oral, c'est le fait que le lien qui s'établit avec la mère a autant d'importance que la gratification physique. Plaisir de la succion, de la tétée, mais aussi à partir d'un certain stade (correspondant à l'apparition de la dentition) plaisir de mordre l'objet, voire de le détruire, comme l'a souligné K. Abraham qui a parlé à ce propos de cannibalisme et de stade oral actif ou sadique.

D'autres gratifications sont nécessaires et fort importantes pour le bien-être du nourrisson qui a besoin de bien d'autres apports physiques que ceux de l'alimentation. Ce sont notamment des *gratifications tactiles* (contacts cutanés), *kinesthésiques* (besoin d'être tenu, bercé, manipulé), *auditives* (effet lénifiant de la voix humaine), mais aussi olfactives et plus

générales (chaleur etc...). Un maternage de bonne qualité suppose que la mère ou son substitut assure de façon suffisante la satisfaction de tous ces types de besoin. Certaines mères ou nourrices essentiellement centrées sur l'alimentation, sont à l'origine d'authentiques carences de soins.

Il nous faut aborder là, à propos des intérêts extra-alimentaires du nourrisson, les points de vue de deux psychanalystes qui se sont intéressés à l'éthologie, I. Hermann et J. Bowlby. Dès 1922, I. Hermann a introduit sa théorie qu'il allait développer en 1943 dans un livre où il défend la thèse d'un *besoin primaire de cramponnement* à la mère, apparaissant dès la naissance. Dans la mesure où celui-ci aura été insatisfait, ce qui provoque alors un point de fragilisation, retrouvé et actualisé en cas de nécessité « régressive », on peut le voir réapparaître plus tard dans certaines conduites. Une telle insatisfaction correspond fondamentalement à une frustation propre à l'espèce selon I. Hermann, qui note par ailleurs qu'elle est amplifiée et par l'éducation moderne et par des conditions pathologiques (mères peu tendres et rejetantes à l'excès vis-à-vis de leur enfant).

Depuis 1958, J. Bowlby est amené à insister sur l'importance et la nature primaire selon lui des liens non alimentaires entre la mère et l'enfant. Il s'appuie notamment sur des travaux éthologiques et des expérimentations animales, celles des Harlow en particulier sur les séparations de jeunes bébés singes de leur mère. Après avoir constaté qu'en situation naturelle, les bébés singes présentent une conduite d'agrippement à la fourrure de leur mère qui semble ne pas dépendre directement du fait que celle-ci les nourrit, ils sont amenés dans des conditions expérimentales, au laboratoire, à donner le choix aux petits singes entre une mère artificielle alimentaire qui porte une façon de biberon ou de sein que le bébé peut téter, mais dont le contact est désagréable et froid (fil de fer) et une autre mère artificielle, non nourricière mais dont le contact est agréable (chiffons, fourrure) et/ou chaud. Ils observent que le bébé singe passe plus de temps sur la mère en fourrure que sur la mère nourricière. Quand cela est possible, l'animal agrippé à la fourrure tente de s'alimenter auprès de l'autre mère-substitut. Dans des conditions où le choix est nécessaire, la préférence se porte plutôt vers la mère agréable au contact. Certains singes se laissent dépérir. L'interprétation par J. Bowlby d'un tel fait, d'une telle conduite qu'il rapproche d'autres conduites (sucer, sourire, pleurer) est qu'il faut supposer *un besoin primaire d'attachement*, de contact interpersonnel et social s'exprimant dans des conduites visant à retrouver ou à maintenir la proximité avec un autre individu (cf. chapitre sur « les problèmes généraux du développement »).

## B) L'ACCES A UNE RELATION OBJECTALE

Pendant la première enfance, il y a passage d'une relation de dépendance absolue à la mère (ou à son substitut) et d'une expérience subjective comportant vraisemblablement un certain degré de confusion avec elle, à l'accession à un certain degré d'autonomie, à une différenciation de l'image de soi et à une reconnaissance de la mère et d'autrui.

Les processus de l'individuation se mettent en place progressivement ; ils ont été étudiés notamment par M. Ribble, R. Spitz, M. Mahler, D.W. Winnicott, M. Klein et ses élèves, Bowlby.

1) **Pendant les premières semaines**

Pendant les premières semaines, l'enfant forme avec sa mère une véritable unité psychosomatique. Ce qu'il éprouve est vraisemblablement un sentiment de totalité où *la distinction du sujet et du monde extérieur n'existe pas très clairement,* semble-t-il.

Au cours du nycthémère, il y a pour l'enfant *alternance entre des états de tension ou de bien être,* bref, passage du déplaisir au plaisir. Ce sont, nous l'avons vu, essentiellement les besoins créés par les stimuli internes, cénesthésiques et proprioceptifs (digestifs, musculaires) mais aussi autres, et les réponses que leur apporte la mère, qui rythment cette alternance. Il ne faut pas avoir cependant du nourrisson de cet âge l'image d'un bébé uniquement passif. Il suffit pour se convaincre de sa part d'activité de la regarder attentivement dès ses premiers biberons. Par exemple, au cours du repas, le rythme de succion peut varier. I. Lezine a bien montré qu'à côté d'un rythme de succion invariable et automatique (qui peut d'ailleurs fonctionner « à vide ») il y avait un rythme variable, sensible aux changements de l'entourage. Par ailleurs au cours du repas, certains enfants explorent activement du regard tout ce qui les entoure, leurs doigts sont en mouvement, accrochant tout au passage ou se portant sur le biberon, leurs pieds s'agitent, leurs sourcils se lèvent ; ils gazouillent entre chaque lampée ; ils ont un comportement d'activité généralisée du corps. Il ne fait pas de doute qu'ils sont actifs dans la production de nombreux plaisirs moteurs, cutanéo-muqueux etc... Par ailleurs à l'égard des stimuli externes, il existe un certain seuil de défense, une relative barrière contre leurs effets ; les stimuli venus de l'extérieur dépassant ce seuil liminaire vont alors troubler eux aussi la quiétude du nourrisson qui réagit par du déplaisir. Le rôle de pare-excitation, de protection de la mère à ce niveau est tout à fait capital. Nous avons déjà vu par ailleurs que le bébé était capable, à l'intérieur de certaines limites bien sûr, de moduler son attention et sa vigilance en fonction de la nature (agréable ou non) des stimuli.

S. Freud qualifie les états de bien-être de narcissisme (primaire), voulant mettre l'accent sur le fait que ces expériences internes de satisfaction représentent la seule forme d'amour qu'on peut imaginer à ce stade. Spitz, pour sa part, l'appelle état pré-objectal et M. Mahler état autistique, en référence à l'état autistique psychotique qui en serait le prolongement pathologique. Les auteurs Kleiniens ont une formulation originale de ce que pourrait ressentir le jeune nourrisson : ils pensent que l'expérience de satisfaction coïnciderait avec le sentiment (et même la représentation) d'un « bon objet » interne et celle de déplaisir avec l'intuition d'un « mauvais objet » que le nourrisson tendrait à écarter de lui.

Ceci dit, il y a lieu de noter que les recherches actuelles et récentes, basées sur l'observation directe, semblent montrer que le nouveau-né s'oriente d'emblée vers le monde qui l'entoure et plus spécifiquement vers son environnement social. Cette notion d'orientation sociale primaire, soulignée par J. Bowlby notamment, après d'ailleurs que M. Balint ait parlé de « l'amour primaire » du bébé envers son entourage, mérite d'être prise en considération et doit peut-être faire nuancer les points de vues de R. Spitz et M. Mahler sur la vie relationnelle très précoce du bébé. En tout cas, un aspect essentiel de la compétence du bébé est bien *sa capacité de participer activement à l'interaction avec son entourage, avec sa mère*; il n'est pas un réceptacle passif des influences maternelles, mais est amené à jouer un rôle actif dans les échanges entre lui et sa mère.

2) **L'accès à une relation objectale**

L'enfant identifie progressivement le monde extérieur et sans doute différencie de manière privilégiée le personnage humain, qui représente l'autre, mieux que les choses dont

il dispose et dont il use encore longtemps comme des parties de lui-même (c'est le cas des objets transitionnels, selon l'expression de D.W. Winnicott). Cette reconnaissance d'autrui n'est pas d'ordre purement intellectuel, elle procède d'un mouvement affectif : l'enfant découvre autrui grâce à des échanges qui s'imbriquent aux états de plaisir et de déplaisir et cette reconnaissance s'accompagne d'une focalisation des intérêts sur un objet particulier, celui qui lui apporte la satisfaction pulsionnelle.

Les modèles de développement proposés par ceux qui se sont particulièrement intéressés à cette période sont variés, voire divergents ; cela n'est pas pour nous étonner, si l'on songe aux difficultés qu'il y a à étudier l'enfant à cet âge. Nous ne pouvons ici qu'apporter quelques données fort schématiques, et nous l'espérons, pas trop déformantes par leur concision. Comme le remarque D. Widlocher, on peut opposer deux types de conceptions parmi les modèles proposés : celles qui voient dans l'image de l'objet maternel et donc dans la reconnaissance de soi et d'autrui, l'effet d'une intégration progressive d'expériences (de reconnaissance) partielles, d'une construction ; celles qui tiennent cette image de l'objet maternel pour le résultat d'un processus de différenciation à partir d'une expérience syncrétique initiale.

### a) Les processus d'intégration

• **R. Spitz** pense précisément que *la reconnaissance d'autrui est une intégration d'expériences parcellaires,* grâce notamment à la maturation des moyens perceptifs. Il décrit trois périodes importantes qu'il appelle « *organisateurs* », phases critiques et en même temps vulnérables du développement, pendant lesquelles se fait jour une « structure psychique nouvelle » à un niveau de complexité plus élevé.

Selon Spitz, une réorganisation importante de l'expérience du nourrisson sur le fond d'indifférenciation déjà décrit, tient à la découverte d'une gestalt privilégiée : celle du visage humain. Au cours du premier trimestre (vers la 8e semaine environ), apparaît ainsi le premier organisateur, **la réponse sociale de sourire** au sourire de l'autre, soit de manière plus précise la manifestation d'un sourire face à un visage humain animé vue de face, (cf. développement psycho-moteur) sans distinction cependant encore des visages des différentes personnes de l'entourage. Cette réaction, évidemment plaisante pour la mère, premier signe de contact socialisé, traduit un certain degré de repérage par l'enfant de l'objet de son désir. Au sein de la « dyade » mère-nourrisson, un tel signal de l'enfant prend un sens pour la mère qui réagit donc en conséquence. La répétition de ces expériences permet à l'enfant d'attacher la représentation de quelque chose d'extérieur à ce qu'il éprouve en lui-même et au signal qu'il émet, lequel prend ainsi un sens pour lui, ce qui favorise la communication.

Le second organisateur est la reconnaissance par l'enfant de l'identité maternelle. Un fait d'observation permet d'en préciser la date : l'enfant entre le 6e et le 8e mois ne répond plus par le sourire à n'importe quel adulte, il distingue le familier de l'étranger et répond à ce dernier par des attitudes qui vont de l'abaissement des yeux aux pleurs. Spitz interprète ce comportement non comme une réaction de déplaisir devant l'étranger, mais comme une angoisse liée à l'absence de la mère, laquelle est d'ailleurs une condition nécessaire pour qu'apparaisse le phénomène. Ainsi ce 2e organisateur est-il souvent appelé **« angoisse du 8e mois »**. Celle-ci révèle, selon R. Spitz, que la mère est clairement identifiée ; « l'angoisse de 8 mois est la preuve que l'enfant rejette tout, excepté l'objet unique ; en d'autres termes, que l'enfant a trouvé le partenaire avec lequel il forme des relations objectales, dans le sens propre du terme ».

Il est intéressant de noter qu'à ce sujet J. Bowlby a un point de vue différent. Il distingue peur de l'étranger et anxiété de séparation, en tant que réponses élémentaires. Il se réfère à certaines observations (Morgan et Riciutti, 1969) montrant que dans un nombre de cas non négligeable, l'enfant a peur de l'étranger même en présence de la mère. D'autres observations (Ainsworth, 1963-1967, Schaffer, 1963-1966) montrent que les dates d'apparition des manifestations de l'anxiété de séparation et de la peur de l'étranger sont indépendantes l'une de l'autre. Selon les cas, la peur de l'étranger précède l'anxiété de séparation, en est contemporaine, ou bien la suit. Bowlby rappelle enfin que l'enfant discrimine le familier du non-familier, bien avant de montrer ouvertement un mouvement vis-à-vis de l'étranger. Il s'agirait donc de deux formes distinctes, quoique reliées, de comportements.

On a parfois tendance à considérer actuellement que la reconnaissance de la mère comme objet total se fait progressivement à une période certainement antérieure à celle qui est généralement retenue à la suite de R. Spitz et de sa description de l'angoisse du 8e mois ; et que l'angoisse de perte de la mère est vraisemblablement plus précoce que l'apparition de réactions manifestes de peur face à un non-familier.

Il nous semble important aussi de souligner brièvement ici la conception moderne des affects primaires (par ex. soutenue par G.L. Engel ; voir plus loin le chapitre « angoisse ») qui distingue deux grands types d'affects, qui seraient des comportements de base, se retrouvant chez l'homme et dans d'autres espèces, et qui représenteraient une réponse « psycho-biologique » de l'organisme à des situations traumatiques : *l'affect-angoisse* qui correspond à un danger menaçant, qui est une réponse à la menace ;l'affect dépressif (à ne pas confondre avec l'état dépressif clinique) qui est une réponse face à un danger qui s'est réalisé.

C'est entre 12 et 18 mois que le troisième organisateur apparaît, représenté par *l'acquisition de la négation,* du **« non »** que l'enfant dit ou exprime par geste avec un plaisir manifeste ; avec ce « non », débute la communication sémantique. L'enfant comprend et imite le geste de dénégation de la mère, de celle qui est amenée à interdire un certain nombre de choses ; en fait il s'agit plus pour l'enfant que de l'imitation d'une conduite, c'est une véritable identification à un aspect de l'autre, *une identification* à l'agresseur, qui lui permet à son tour d'avoir un certain pouvoir sur le monde extérieur.

• La conception de **M. Klein,** dont on peut trouver un exposé clair et abordable dans l'excellent livre de H. Segal intitulé « Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein », s'appuie aussi sur la notion d'intégration d'expériences parcellaires, mais dans un tout autre esprit. Elle se fonde sur les observations faites aux cours de traitements psychanalytiques d'adultes et d'enfants. Cela colore son point de vue d'une manière particulière. C'est en effet le monde intérieur, peuplé d'« objets internes », qui se manifeste au cours d'un traitement. Ces objets internes sont projetés dans la situation analytique et sur la personne du thérapeute. M. Klein s'intéresse peu, par contre, aux transactions qui s'opèrent dans le développement d'un enfant, telles qu'on peut les observer dans des situations naturelles, de même qu'elle ne développe pas, au contraire de Winnicott, les transactions qui sont nécessaires pour amener un enfant ou un adulte dans une situation thérapeutique. Elle suppose ce premier problème résolu ce qui lui permet de reconstruire le développement de l'enfant en termes d'objets internes, de conflits internes.

Il faut, nous semble-t-il bien comprendre ce point de vue particulier pour éviter des contre-sens et des critiques inadéquates. On a reproché, par exemple, à M. Klein de ne pas tenir suffisamment compte des objets externes, de supposer dès le début de la vie un appareil psychique complexe capable d'établir une relation d'objet, d'attribuer au nourrisson des fantas-

mes, qui sont impossibles à vérifier. Ces critiques ne tiennent pas compte du fait que M. Klein nous propose l'examen du monde intérieur, qui ne peut se faire qu'en terme d'objets intérieurs, de relation d'objet, de fantasmes et de mécanismes de défense. On peut toutefois reconnaître que M. Klein elle-même n'a pas bien précisé le point de vue qu'elle adoptait et par ailleurs, on peut noter, comme le remarque D. Widlöcher, que la thèse kleinienne repose sur un postulat, à savoir l'identité entre le pathologique et l'archaïque (ce qui est le plus grave, le plus aberrant par rapport à la personnalité normale prolonge le plus ancien, le plus primitif).

1) *La position schizo-paranoïde*

Dès le début de la vie psychique, dit M. Klein, il y a relation d'objet, mais il s'agit d'objets partiels. L'objet partiel principal pour le nourrisson est le sein maternel, dispensateur de la nourriture. Cependant par «sein maternel » M. Klein désigne l'ensemble des soins que la mère prodigue à l'enfant, y compris ses aspects les plus élaborés, l'amour de la mère, sa disponibilité, sa capacité à comprendre correctement les besoins de l'enfant et à y répondre. Dans tout cet ensemble, cependant, le « sein » et sa représentation mentale jouent un rôle privilégié, d'une part en tant qu'il vient correspondre très concrètement à une attente de l'enfant, inscrite dans son propre corps (le sein correspond à la bouche de l'enfant, comme un tenon à une mortaise) ; d'autre part en tant qu'il est représentable. Il s'agit d'un objet partiel, en ce sens que, s'il a pour l'enfant la valeur d'un objet du monde extérieur capable d'apaiser ses tensions internes, il n'a pas la valeur d'une personne (ou « objet total »), avec laquelle on communique et avec laquelle on peut s'identifier.

Lorsque l'enfant éprouve une tension interne, soit cette tension est apaisée par la mère dans un délai satisfaisant, soit elle ne l'est pas. Dans le premier cas l'enfant fait l'expérience d'un « bon sein », dans le second d'un « mauvais sein » et non d'une absence. La notion d'absence demande une élaboration mentale qu'il est incapable d'effectuer. L'essentiel du problème affectif du bébé est de préserver l'image d'un « bon sein », de l'idéaliser même et de s'y identifier par un mécanisme d'introjection. Le « bon sein intérieur » fonde le narcissisme, la cohérence de la personnalité, le sentiment de confiance en soi et en l'existence. Tout au long du développement il s'agit de préserver ce capital narcissique.

La première solution, à laquelle l'enfant a recours inconsciemment, est de *cliver* bons et mauvais aspects de ses expériences, bon et mauvais sein, de sorte que les deux soient strictement séparés et que le mauvais sein ne puisse pas menacé le bon. Il tend à projeter le « mauvais sein » à l'extérieur. M. Klein a décrit cette solution sous le nom de *position « schizo-paranoïde »*, en raison du morcellement de l'expérience et de la dimension persécutive qu'elle fait correspondre au premier trimestre de l'existence. En fait cette correspondance avec une période du développement de l'enfant est toute relative. La position schizo-paranoïde peut persister bien au-delà ou resurgir à une autre phase de l'existence. Il s'agit plus d'un mode de fonctionnement mental, que d'un stade de développement.

2) *La position dépressive*

L'enfant peu à peu prend conscience, du fait de sa maturation et de la répétition de ses expériences, qu'il n'a pas affaire à deux objets distincts, mais à une seule et même personne, la mère, tantôt gratifiante, disponible, communicante, tantôt absente, frustrante, préoccupée par autre chose que les soins à lui donner. Il ne peut plus maintenir le clivage précédent, il doit intégrer bons et mauvais aspects de son expérience et dans le même temps il prend conscience de ses propres aspects bons et mauvais, de son amour et de son agressivité, d'où une angoisse, celle de détruire, d'abimer, d'endommager, la personne dont il a le plus besoin et qu'il

aime le plus, sa mère. Cette angoisse est éventuellement renforcée par les circonstances de son existence, une séparation, une maladie ou une dépression de la mère, que l'enfant a tendance à interpréter d'une manière égocentrique, comme si c'était lui, qui était responsable de ce qui arrive.

M. Klein a montré la parenté de ce type d'angoisse, qu'elle appelle « angoisse dépressive », avec le vécu et les fantasmes des malades déprimés. Elle appelle « *position dépressive* », le fonctionnement mental de l'enfant qui y correspond. La position dépressive commence au deuxième trimestre de la vie. Pour M. Klein il s'agit d'une position centrale, car de sa résolution va dépendre la capacité à développer le sens de la réalité, la communication avec autrui, et à intégrer sa personnalité. A partir de la position dépressive l'enfant peut se rendre compte qu'il y a des conflits, non seulement entre lui et le monde extérieur, mais aussi à l'intérieur de lui. Il peut aussi comprendre qu'il y a des conflits à l'intérieur de l'autre et peut alors s'y identifier. Les problèmes psychiques qui se posent à l'enfant stimulent sa curiosité, sa pensée dont le développement va permettre une solution toujours plus adéquate de la position dépressive.

3) *La réparation*

L'élaboration de la position dépressive se fait par un processus que M. Klein a appelé « *réparation* ». Il s'agit de réparer l'objet interne maternel, fantasmatiquement endommagé par l'agressivité. La réparation suppose d'abord une suffisante continuité en quantité et en qualité de la présence maternelle. Elle suppose en outre la mise en jeu de processus mentaux, qui suppose l'intervention d'une fonction paternelle.

C'est, en effet, grâce à une introjection de l'objet partiel paternel, puis grâce à une identification au père, que l'enfant peut réparer sa mère intérieure. Fantasmatiquement l'enfant attribue au père le rôle de redonner vie à la mère, de la féconder, de la préserver des projections agressives qu'il dirige vers elle. La qualité des relations dans le couple parental permettra de se représenter une relation affective favorable entre les parents, ou au contraire l'amènera à se représenter une relation plus ou moins destructrice. M. Klein suppose qu'il y a très précocément une première forme de conflit œdipien, dès le deuxième semestre de l'existence.

Les jeux, les dessins, toutes les productions imaginaires de l'enfant expriment ses fantasmes réparateurs. Mais ce n'est que le développement de la pensée symbolique, qui parachève ce travail réparateur, grâce à la stabilité qu'elle donne aux objets internes.

Les élèves de M. Klein, H. Segal, E. Bick, D. Meltzer, H. Rosenfeld, W.R. Bion, ont poursuivi et développer son œuvre. En ce qui concerne le développement de l'enfant nous signalerons deux courants de recherche des auteurs kleiniens contemporains.

Le premier concerne la constitution d'une enveloppe psychique, capable de contenir des objets internes. E. Bick décrit la constitution d'une *peau psychique*, capable de contenir les parties dispersées de la personnalité, notion reprise en France par D. Anzieu sous le nom de *Moi-peau*. E. Bick et D. Meltzer ont décrit une forme archaïque de relation d'objet, préalable à la constitution d'un contenant psychique, qu'ils appellent « *identification adhésive* » ; tout se passe pour l'enfant comme si l'objet extérieur était dépourvu de volume, incapable de contenir ses projections, de ce fait il est lui-même incapable de constituer un espace psychique intérieur. Reste à savoir s'il s'agit d'un stade du développement de la relation d'objet ou si ce n'est qu'un mode pathologique de relation d'objet, qui a été décrite, notamment dans l'autisme infantile.

Le second courant de recherche concerne le développement de la pensée et il est surtout illustré par l'œuvre de W.R. Bion. Cet auteur suppose qu'au début de son existen-

ce l'enfant n'a pas de pensée, mais seulement des « éprouvés corporels » impensables, qu'il projette dans la mère. La mère a pour fonction de métaboliser des éléments impensables, que Bion appelle éléments bêta, en éléments pensables, ou éléments alpha. La mère remplit cette fonction en apportant une réponse adéquate aux signes de tension intérieure manifestés par l'enfant, ce faisant elle donne un sens à ce qu'il éprouve, elle relie éprouvé corporel et objet satisfaction.

Cette activité de liaison de la mère, que Bion appelle fonction alpha, est progressivement intériorisée par l'enfant, qui devient alors capable de penser, c'est-à-dire de relier des éléments psychiques les uns avec les autres (cf. le chapitre sur le développement de l'intelligence).

b) Les processus de différenciation

D'autres conceptions du développement ont un point du vue différent : le nourrisson est supposé avoir une perception syncrétique du monde extérieur et c'est par un processus de différenciation que se dégage de manière de plus en plus claire les éléments respectifs d'autrui et de soi.

• Ainsi pour **M. Malher,** dont les conclusions sont à la fois tirées de l'étude d'enfants psychotiques et de l'observation directe, l'évolution se ferait en trois phases :

*Après la première phase qualifiée d'autistique,* correspondant aux premières semaines durant lesquelles l'enfant n'établit aucune distinction entre la réalité extérieure et la réalité intérieure, entre lui et les choses, débute au cours du deuxième mois *la phase symbiotique,* l'enfant devenant alors confusément conscient du fait que ce qui réduit ses tensions vient de l'extérieur, tandis que la tension elle-même a son origine en lui ; la perception de la différence entre soi et la mère s'accuse alors dans les moments de tension, elle disparaît avec la gratification et la satisfaction.

Puis se met en place **le processus de séparation-individuation,** plusieurs étapes se succédant. La première appelée phase de différenciation (correspondant à peu près au deuxième semestre) est marquée par le développement des activités exploratoires grâce à une meilleure coordination motrice : l'enfant découvre les objets environnants, les manipule ; explore le visage maternel, son propre corps ; il reste très attaché à la présence de la mère. Durant l'étape suivante, phase d'exercices ou d'entraînements qui recouvre la fin de la première année et le début de la deuxième, période où les progrès instrumentaux sont considérables, il tire un vif plaisir des exercices qui correspondent à ces progrès, s'éloigne volontiers de sa mère, se lance à l'aventure, ne craint ni les coups ni les chutes ; il revient toutefois périodiquement vers cette mère pour reprendre souffle ou en cas de trop grande difficulté. La troisième étape, dite de rapprochement, durant jusqu'à la fin de la deuxième année, sera décrite ultérieurement. On voit donc que pour M. Malher, à la séquence objective de la symbiose à la séparation correspond la séquence subjective de la fusion à l'individuation ; mais nous l'avons vu, l'expérience de fusion ne correspond pas à la pure illusion autarcique de la phase autistique mais à une première expérience de la réalité extérieure identifiée à la mère, qui par son absence fait souffrir l'enfant et avec laquelle il se confond dans l'expérience de satisfaction.

Nous avons évoqué un peu plus haut les remarques que l'on pouvait faire au sujet de la description d'une phase autistique normale, au regard de ce que des observations récentes qualifient d'orientation sociale primaire.

• On peut trouver des vues assez voisines de M. Mahler chez **D.W. Winnicott,** reposant non sur l'observation directe mais sur l'investigation psychanalytique et l'étude de la

pathologie, notamment des psychoses infantiles et des troubles précoces de la socialisation dus à des carences affectives et éducatives précoces. Les premières où l'angoisse semble menacer l'intégrité et la cohésion même du sujet renverraient à une altération du *premier stade dit de* **dépendance absolue,** les seconds, faits d'angoisse de séparation, de revendication d'amour et de réparation s'adressant à un autre s'établiraient lors de *la deuxième phase de* **dépendance relative.** En effet, pour D.W. Winnicott, lors de la première enfance, il y a passage de la dépendance complète à un état de dépendance partielle. « Le résultat heureux du premier stade est que le processus de développement n'est pas troublé. Le résultat positif du stade de dépendance relative est que le nourrisson commence à être d'une certaine manière conscient de sa dépendance. Quand la mère s'éloigne pour un moment, plus longtemps que n'est capable de supporter l'enfant pour croire à la survivance de l'absent, l'angoisse apparaît et c'est le premier signal que l'enfant reconnaît. Avant cela, si la mère s'éloigne, l'enfant simplement ne peut profiter de son aptitude particulière à le protéger des agressions et des développements essentiels dans la structure du moi ne peuvent se faire correctement ». A un stade c'est le moi qui est altéré dans sa structure, à l'autre c'est la relation à autrui. On retrouve la distinction entre un stade où la mère n'est pas perçue, et un stade où sa présence est reconnue; au cours du premier, la mère est un support (« *holding* ») qui non seulement soutient physiquement le nourrisson mais représente tout ce qu'apporte l'environnement avant que l'enfant, dans un deuxième temps, conçoive qu'il vit avec elle (le concept de « *living with* »). Ce terme implique que le nourrisson est sorti d'un état où il était fondu avec sa mère, qu'il conçoit les objets comme extérieurs au soi (« self »,) qu'il a de vraies relations objectales.

Une contribution particulièrement originale de D.W. Winnicott est *la notion d'objet transitionnel,* objet (jouet, bout de chiffon, de couverture, objet fétiche) qui ne représente pour l'enfant ni un objet extérieur ni une partie de soi, mais quelque chose qui se situe à mi-distance et qu'il utilise au sein de ce long et délicat passage de la fusion à la différenciation, dans l'écart qui s'introduit entre lui et sa mère pour lutter contre l'anxiété et plus particulièrement contre l'anxiété de séparation. L'édification d'objets transitionnels est donc un phénomène normal du cheminement vers l'individuation. A propos de ce cheminement et de la prise de conscience par le nourrisson de sa dépendance, D.W. Winnicott parle encore d'un processus qui va de l'illusion à la désillusion.

• Dans une toute autre perspective, non psychanalytique, **H. Wallon** a mis aussi l'accent sur les notions de symbiose, de différenciation. A propos des premiers mois, il est amené à écrire : « c'est une période de subjectivisme radical, de syncrétisme subjectif... une vraie symbiose affective après la symbiose organique de la période fœtale... » Cela n'empêche pas une différenciation progressive du vécu émotionnel, au contraire. Ainsi, il remarque que parvenu à l'âge de 6 mois environ, l'enfant semble savoir se servir d'un certain nombre de nuances émotionnelles : la colère, le chagrin, la joie, la douleur. Il donne d'ailleurs à la période qui débute vers 2-3 mois et va jusqu'à la fin de la première année, le nom de stade émotionnel, stade fondamental pour lui dans l'ontogénèse.

***

Après avoir rappelé que dans le troisième semestre de son existence le nourrisson a déjà fait un pas important sur le chemin de son individuation, contentons-nous ici de souligner quelques implications concrètes de ces données théoriques :

— *Le rôle essentiel de l'entourage, de la mère, tout au long de ces premiers mois,* rôle d'assistance et de suppléance, de maternage, terme qui englobe non seulement les soins

physiques mais une attitude générale faite de disponibilité, de perception correcte des besoins en rythme et en intensité de l'enfant, de réponse adéquates en qualité et en quantité à ceux-ci, (gratifications oro-digestives, cutanées, kinesthésiques, auditives, olfactives, etc...), attitude qu'une mère « suffisamment bonne » et « normalement dévouée » selon D.W. Winnicott adopte intuitivement. Il faut noter que, l'attitude maternelle, doit se situer dans un juste milieu, être sans excès afin de ne pas entraver les très précoces besoins d'activité, l'accession à l'autonomie, perturber les processus de l'individuation.

Cette attitude maternelle est évidemment fonction de son investissement affectif de l'enfant, lequel est dû à de nombreux et de subtils facteurs dont un bon nombre remontent à bien avant la naissance de celui-ci, dont d'autres appartiennent à l'enfant lui-même : son sexe, son aspect physique, ses premières réactions (oro-digestives notamment) lors des premières sollicitations maternelles notamment etc...

— Le fait que *le deuxième semestre de la vie est une période capitale et en même temps vulnérable* (travaux de R. Spitz, J. Bowlby, D.W. Winnicott etc... sur les carences affectives précoces), ce qui doit être pris en considération dans l'aménagement des conditions de vie de l'enfant. Cependant les manifestations de déplaisir lors de la séparation brève, l'apparition de réactions pénibles (l'enfant devient exigeant, envahissant, son attachement dévorant) les difficultés alimentaires sont banales et normales à cette époque. L'importance de celles-ci, leur intensité, leur prolongation sont par contre la marque de difficultés relationnelles qu'il y a lieu alors d'aborder de manière approfondie.

## III - DE LA DEUXIEME ANNEE A 6 ANS : LA SECONDE ENFANCE

De profondes transformations, sur le plan des intérêts de l'enfant comme de ses modalités relationnelles, ont lieu pendant ces quatre à cinq années, en même temps que se mettent en place les fondements de l'organisation de la personnalité. On peut distinguer deux périodes au cours de cette évolution.

### A) LES 2e ET 3e ANNEES

1) **Des intérêts nouveaux** se manifestent au cours de la deuxième année.

Ce sont ceux qui sont portés à l'évacuation sphinctérienne, anale notamment (mais aussi uréthrale) ; ils n'en suppriment pas pour autant bien sûr les satisfactions précédentes. Entre 14 et 18 mois en effet, s'installe le contrôle sphinctérien volontaire : l'évacuation devient une fonction active, d'où le choix offert à l'enfant de pousser et d'*expulser* ou de *retenir*. Comme chaque fonction nouvellement acquise, le plaisir de l'exercice est vif et l'enfant se satisfait de ses possibilités nouvelles qu'il commande à plaisir.

La muqueuse ano-rectale représente à ce stade la zone érogène prédominante ; l'excrétion est un stimulant de cette zone dont l'excitabilité est accrue par la rétention des matières fécales qui procure donc un plaisir plus vif. Plaisir du passage du bol fécal, du jeu musculaire et de la maîtrise de la fonction d'élimination ; intérêt aussi au résultat de la défécation, à cet objet qui peut prendre des significations diverses selon les moments, les modalités de sa relation à sa mère : susceptible d'être soit rejetées, soit retenues, les matières fécales deviennent des objets ambivalents ; issues du corps, elles représentent dans une certaine mesure la « possession », quelque chose qui permet de se procurer du plaisir ; mais aussi rejetées à l'extérieur, elles peuvent apparaître comme détruites, perdues, ce qui peut

d'ailleurs être à l'origine de satisfactions dans la mesure où les pulsions agressives sont fort nettes à ce stade appelé sadique anal. Il est clair que tout ce qui tourne autour de l'évacuation sphinctérienne et de son éducation va prendre une grande place au sein de la relation à la mère.

Remarquons avant de décrire les caractéristiques de cette relation, que *ce type de plaisir tiré du contrôle sphinctérien* (*rétention-expulsion*) *déborde largement ce cadre et se retrouve dans la manipulation motrice* (garder-jeter, retenir-lâcher), *dans l'activité motrice* en général et *dans le langage.*

Faut-il par ailleurs rappeler ici l'extrême curiosité de l'enfant à cet âge à l'égard du monde environnant et son besoin insatiable d'exploration et de découverte.

2) **La relation d'objet** à ce stade est marquée du sceau de l'*ambivalence.* En effet, il existe un conflit de demandes entre les deux partenaires. L'enfant est l'objet d'une contrainte venant de la mère exigeant notamment que l'exonération se fasse à des moments définis, selon des modalités qu'elle fixe. Discipliner l'évacuation sphinctérienne, c'est obéir à la mère, lui faire activement « cadeau » d'un objet interne auquel elle attache un certain prix ; le retenir à l'excès ou expulser selon son propre caprice, c'est s'opposer à sa demande, exercer son propre pouvoir.

On voit bien ici l'étayage de la relation d'objet sur une fonction corporelle, mais aussi un étayage différent de celui de l'oralité, dans la mesure où au stade anal les échanges relationnels s'appuient non plus sur un besoin physiologique comme celui de l'apaisement de la faim, mais sur un plaisir d'exercice.

*Cette relation d'objet est marquée par une double polarité, activité-passivité, domination-soumission.* Un double plaisir est recherché auprès de la mère, se soumettre pour être aimé d'elle, s'opposer pour exercer son propre pouvoir dominateur. La relation d'objet anal est profondément conflictuelle. Elle est marquée par une dimension agressive nette, plus que transparente dans les conduites d'opposition, dans les comportements destructeurs et dans l'aspect sado-masochique des échanges avec la mère, très emprunts par l'alternative domination-soumission.

Il est important là encore de noter que ce type de rapports à la mère déborde très largement le cadre du problème de l'évacuation sphinctérienne.

Par ailleurs, les processus engendrant l'individuation du nourrisson et du petit enfant sont marqués et rendent compte de bien des conduites. On a vu que le troisième organisateur de R. Spitz est représenté par *le « non »* avec le plaisir et la dimension symbolique qui y sont attachés, vers 16-18 mois. M. Mahler décrit comme troisième temps du processus d'individuation et de séparation, *une phase dite de rapprochement,* de 15 mois environ jusqu'à la fin de la deuxième année ; cette phase est marquée par un net conflit entre le mouvement centrifuge qui pousse l'enfant vers l'exploration du monde et l'attention croissante qu'il adresse à sa mère, comme si l'intérêt qu'il portait à la réussite de l'exercice moteur et à la découverte ne lui suffisait plus. Ce retour à la mère est source, quand il se trouve empêché, d'une angoisse de séparation plus aiguë qu'auparavant. Cette époque est cruciale comme le rappelle D. Widlocher commentant les vues de M. Mahler, parce que la mère doit répondre à deux demandes contradictoires : un désir de liberté et d'autonomie et un besoin de rapprochement.

D.W. Winnicott met l'accent comme on l'a déjà noté sur *le rôle des objets transitionnels* (jouets, bouts de chiffons, etc.) destinés à lutter contre l'anxiété de séparation.

Selon Bowlby, l'importance de *l'anxiété de séparation* est en grande partie liée au sentiment d'insécurité ou de non disponibilité que ressentirait l'enfant vis-à-vis de la ou des figures d'attachement privilégiées ; il insiste sur l'importance des faits réels (séparations ou menaces de séparations proférées par les parents) dans la survenue d'un attachement anxieux de l'enfant à l'égard de sa mère, ou de telle personne privilégiée. On sait que M. Klein met plutôt l'accent sur la dynamique interne, l'angoisse dépressive et la culpabilité de l'enfant liées à ses pulsions agressives dirigées vers l'objet d'investissement libidinal lorsque celui-ci est ressenti comme frustrant. Les réactions lors des séparations d'une part, les différents points de vue théoriques sur l'ontogénèse de l'angoisse d'autre part, sont largement développées dans le chapitre sur l'angoisse à la fin du volume. Remarquons simplement ici que les enfants semblent aussi perturbés à deux ans qu'à un an lors de séparations importantes d'avec les figures d'attachement privilégiées, la mère plus particulièrement. Ces réactions d'anxiété, voire de détresse (dans des conditions ressenties comme très menaçantes) vont s'atténuer vers l'âge de trois ans ; les enfants communiquent alors plus facilement et saisissent mieux si leur mère doit revenir bientôt.

Notation clinique d'importance enfin par rapport à ce mouvement d'individuation remarquons qu'à la fin de la troisième année, l'enfant normal maîtrise **l'usage du « Je ».**

3) **Les progrès du Moi.** Durant ce stade, le « Moi » émerge de plus en plus nettement, devient plus fort grâce *à une meilleure représentation de soi,* de l'image du corps ; grâce au rôle joué par certaines opérations défensives (les mécanismes de défense contre l'angoisse), *les premières identifications* notamment. Cette période est marquée en effet par l'importance des conduites d'imitation de l'enfant, lesquelles sont plus qu'une simple imitation souvent mais bien une véritable identification à certains aspects, comportements d'autrui ; l'identification à l'agresseur qu'on retrouve dans le « non » (R. Spitz), dans de nombreuses conduites, fantasmes, jeux etc... en est un bon exemple. D'autre part, *des facteurs « autonomes de développement »* (selon l'expression de Hartmann) dépendant des fonctions mentales, intelligence, fonctions instrumentales (langage, motricité) contribuent au dégagement du Moi du monde pulsionnel.

Il faut noter que l'organisation structurale de la personnalité reste dépendante d'un « Moi idéal mégalomane narcissique » (D. Lagache), Moi, idéal en rapport avec la pensée magique de toute-puissance, dans une relation encore duelle avec la mère. On ne peut que mentionner ce fait que dans certains cas pathologiques un surmoi archaïque, agressif et sadique, peut se développer par intériorisation des interdictions et d'une agressivité parentales ressenties comme particulièrement sadiques par l'enfant, intériorisation donnant lieu à des conduites d'échec et d'auto-punition particulières gênantes. Il ne s'agit évidemment pas du vrai Surmoi, héritier du complexe d'Œdipe, dont on parlera un peu plus loin.

⁂

En définitive, *cette période est souvent assez difficile, génératrice de difficultés « normales »* pour l'enfant et son entourage. Du côté de l'enfant, elle ne va pas en effet sans inquiétude, sans anxiété, ce dont rendent compte bien des conduites : l'effondrement après la colère, l'attachement à des objets substitutifs, l'ours, le chiffon ; les rituels du coucher, le refuge dans des activités auto-érotiques (succion du pouce etc...) ; les manifestations de protestation, de tristesse ou d'angoisse lors de la séparation. Du côté des parents, il peut y avoir de l'intolérance aux manifestations d'opposition ou de l'inquiétude devant les manifestations anxieuses de leur enfant.

## B) DE LA 4e ANNEE A 6 ANS

### 1) **Les intérêts de l'enfant**

C'est en fait dès la troisième année que la zone génitale proprement dite commence à devenir la zone érogène dominante. La zone génitale est même depuis la toute première enfance le siège d'impressions et d'excitations agréables (avec parfois érections), mais il semble que dans cette première enfance l'intensité des expériences vécues au niveau oral, puis anal, relègue au second plan la zone génitale, laquelle progressivement en cas d'évolution normale va devenir l'objet d'intérêts majeurs, entraînant une recherche de plaisir à ce niveau, en même temps que la reconnaissance de la différence des sexes.

Cette étape nouvelle a reçu l'appellation de *stade phallique*, qui vaut pour les deux sexes, contrairement à ce qu'on pourrait penser. La petite fille, en effet, selon S. Freud, ne soupçonnerait pas l'existence de la cavité vaginale, celle-ci demeurerait pour ainsi dire muette en ce sens que ne s'y localiserait pas encore d'excitation ni de sensation agréable (point discuté actuellement : il semble que la petite fille puisse en avoir assez tôt une certaine intuition, perception). En revanche, le clitoris, « équivalent » anatomique du pénis, est comme lui à ce stade, le siège d'excitations et d'impressions agréables, et aussi de recherches de plaisir, qui se font, chez le garçon comme chez la fille, par des attouchements répétés, des « tripotements » qui ont aussi une visée exploratrice. Il peut y avoir également à ce stade un véritable plaisir visuel dans certains comportements, par exemple ceux qui consistent à regarder son organe sexuel ou celui des autres, à être vu et à se montrer tout nu. Attouchements, exhibitionnisme et voyeurisme sont banals à ce stade.

Par ailleurs, **la reconnaissance de la différence des sexes** apparaît de plus en plus ; elle ne va évidemment pas sans poser des questions à l'enfant, ni sans susciter en lui bien des fantasmes et des sentiments, dans la mesure où il semble bien qu'elle soit essentiellement ressentie en terme de présence ou d'absence de pénis. Ainsi à un certain niveau, le problème des différences génitales masculine et féminine se poserait à l'enfant de cet âge de manière aussi simpliste et schématique que l'indique l'alternative : « en avoir ou pas » (un pénis, terme anatomique, ou un phallus, terme qui englobe les aspects plus culturels et symboliques de l'organe mâle). Cette prise de conscience va peser lourd sur les échanges affectifs et les nouvelles relations que l'enfant va vivre avec son entourage.

### 2) **La situation œdipienne**

Le stade phallique se caractérise en effet par une nouvelle relation d'objet, marquée par *la situation œdipienne*, les conflits qu'elle engendre et les remaniements de l'équilibre précédemment trouvé par l'enfant dans ses relations. De « duel », la relation devient « triangulaire » : l'enfant est amené à mieux percevoir les échanges entre son père et sa mère, les liens qui les unissent ; les sentiments qu'il éprouve dès lors envers sa mère, mais aussi envers son père dont il reconnaît de mieux en mieux la place dans la famille, ne peuvent être qu'empreints des effets de cette prise de conscience. Ce que S. Freud a appelé le « complexe d'Œdipe », est précisément « l'ensemble organisé de ces désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents » (J. Laplanche et J.B. Pontalis), désirs amoureux à l'égard du parent de l'autre sexe et sentiments hostiles envers le parent de même sexe, dans la forme dite positive de ce complexe. Tout se passe comme si à cet âge l'enfant éprouvait des désirs sexuels concernant le parent hétérosexuel et ressentait l'autre parent comme un rival qu'il faudrait éliminer. En fait, les choses ne sont pas si simples et ce schéma triangu-

laire est imprégné, dans la forme dite complète du « complexe d'Œdipe », d'un certain degré de sentiments quasiment opposés. Par ailleurs, l'évolution du conflit œdipien est différente chez le garçon et chez la fille.

• *Chez le garçon,* l'attrait érotisé pour la mère, allant de pair avec une certaine hostilité à l'égard du père, est contemporain de la découverte de la différence des sexes. Il semble qu'il puisse avoir au fond de lui-même une certaine crainte, une angoisse de perdre son pénis, d'être châtré (c'est l'angoisse de castration) par son père ressenti comme susceptible de se venger de son intérêt pour sa mère ou de le punir de ses attouchements sexuels. C'est sur la constatation que d'autres enfants n'ont pas de pénis, que reposerait cette angoisse (preuve qu'on pourrait le perdre) ; parfois les menaces des parents à propos des attouchements génitaux ou d'un symptôme comme l'énurésie sont tout à fait claires et peuvent activer cette angoisse. Les sentiments que nous venons de décrire n'excluent pas d'autres sentiments, ambivalents envers la mère et positifs envers le père, lequel va progressivement apparaître à l'enfant comme le modèle à imiter dans son projet de séduire la mère ; en même temps, il s'aperçoit qu'elle est réservée au père. Ainsi le petit garçon est amené à s'identifier à certains aspects de son père, rival heureux dans ce combat inégal.

• *Chez la fille,* la situation œdipienne et la problématique de la castration ne se présentent nullement de façon symétrique, comme peuvent le laisser croire certains exposés sommaires. La fille n'a pas à redouter la privation du pénis, puisqu'elle ne l'a pas ; elle peut seulement constater cette privation et s'en lamenter, car il semble bien qu'une telle privation soit ressentie comme un manque douloureux. Il se développe chez elle une réaction d'envie, « l'envie du pénis » (S. Freud), qui se manifeste sous des formes multiples : fantaisies imaginaires de développement d'un pénis, comportements d'allure garçonne etc... Une autre raison de la dissymétrie provient de ce que, pour la fille comme pour le garçon, le premier objet d'attachement libidinal est la mère ; on conçoit que celle-ci, ressentie d'une certaine manière comme un personnage dévalorisé puisque sans pénis et en même temps comme une rivale auprès de son père envers lequel la petite fille a des sentiments de plus en plus positifs, soit l'objet d'une ambivalence pénible, venant s'ajouter aux ressentiments antérieurs (éducation sphinctérienne etc...). A l'envie du pénis, se substitue ou s'associe progressivement le désir d'avoir un enfant, qui apparaît comme une compensation possible. Des désirs d'avoir un enfant du père exprimés sous la forme de rêveries, de rêves, sont banaux à cette époque. Peu à peu cependant, l'illusion et l'espoir devront s'effacer devant la réalité et la petite fille sera amenée dans cette quête séductrice auprès du père à se rapprocher de sa mère, à s'identifier à certaines de ses conduites.

Il est important de noter que *chez le garçon, la situation œdipienne s'établit d'abord et engendre l'angoisse de castration* et les fantasmes de menace paternelle, alors que *chez la fille au contraire, c'est la déception relative à l'absence de pénis qui va introduire la situation œdipienne* et qui l'incite à se détourner de la mère et à chercher auprès du père à la fois le substitut et la compensation qui sera désormais pour elle l'enfant.

La survenue et l'intégration progressives de l'angoisse œdipienne représentent un mode d'élaboration des angoisses précédentes, archaïques.

Est-il besoin de rappeler que la configuration affective intra-familiale ainsi décrite représente pour S. Freud la marque d'un interdit qui ne vient pas seulement des parents, mais en fait de toute société humaine quelqu'elle soit : l'Interdit de l'Inceste.

### 3) L'Organisation de la Personnalité

Elle subit une évolution et des transformations fondamentales au cours de cette période de conflits œdipiens. Les progrès dans la représentation de l'image, maintenant sexuée, de soi, dans le domaine instrumental, sont déterminants.

Parmi les mécanismes de défense du Moi contre l'angoisse, on a vu la mise en jeu des *identifications* (dites secondaires, œdipiennes, par rapport aux identifications plus précoces) aux parents, à certains aspects idéalisés du parent de même sexe, plus particulièrement lors de l'évolution du Complexe d'Œdipe positif. Bien d'autres mécanismes de défense sont utilisés : le refoulement, le déplacement, les formations réactionnelles, la régression etc... Nous aborderons un peu plus loin le problème de la sublimation, autre mécanisme de défense.

En même temps, *le Surmoi se différencie* en raison des identifications et donc de l'intériorisation des interdictions parentales : c'est le véritable Surmoi (œdipien et post-œdipien), lequel intervient comme une conscience morale interne, source de *culpabilité* en cas de transgression des interdits. Par ailleurs et parallèlement, *l'Idéal du Moi,* « résultat de la convergence du narcissisme (idéalisation du Moi) et des identifications aux parents idéalisés » (J. Laplanche et J.M. Pontalis), prend forme et va constituer un modèle intérieur auquel le sujet cherche à se conformer. Le sentiment d'un trop grand écart entre le comportement d'un sujet et son Idéal du Moi est à l'origine d'un *sentiment d'infériorité,* la relative adéquation des deux satisfait le narcissisme.

⁂

En définitive cette période, marquée par des conflits dont l'évolution est considérée d'un point de vue psychanalytique comme constitutive de l'organisation ultérieure (normale, névrotique, perverse etc...) de la personnalité, est le moment de tensions fortes qui vont s'exprimer de diverses façons. La plupart d'entre elles sont banales et s'apaisent (petits rituels, phobies,...). Leur persistance ou leur efflorescence importante traduisent par contre une névrose infantile intense qu'il y a lieu alors de prendre en considération. Cette période constitue bien un nouvel « organisateur » dans le développement affectif.

## IV - DE 6 ANS A LA PUBERTE : LA GRANDE ENFANCE

### 1) La phase de latence

Lorsque l'enfant sort, entre 5 et 7 ans, de la crise œdipienne, la poussée instinctuelle s'atténue ; il entre dans ce qu'il est convenu d'appeler la phase de latence, en raison de la mise en sourdine de la sexualité. Celle-ci continue sans doute à s'exercer, mais de manière moins manifeste, généralement canalisée et socialisée (grâce aux processus de refoulement et de sublimation notamment). Cette période de latence est plus ou moins nette selon les milieux sociaux, les familles et les enfants. On ne peut là encore que souligner *la pesée des facteurs socio-culturels* sur le développement instinctivo-affectif. Toujours est-il que dans notre civilisation occidentale actuelle, l'enfant se trouve peu à peu disponible pour de nouveaux intérêts, de nouvelles connaissances scolaires et extra-scolaires, pour les activités intellectuelles etc... C'est l'époque de l'entrée au Cours Préparatoire et des premiers apprentissages (lecture etc...), lesquels seront investis dans la mesure où il y a précisément un certain désinvestissement des relations œdipiennes ; par exemple les garçons qui demeurent exagé-

rément attachés à leur mère sur un mode œdipien sensuel et exclusif, s'intègrent mal au milieu scolaire et se préparent mal aux nouvelles tâches, comme le souligne A. Freud et bien d'autres auteurs.

Il ne faut pas cependant considérer la phase de latence comme une période où il ne se passerait rien dans le domaine instinctivo-affectif. S'il n'apparaît pas de nouvelles zones érogènes, les anciennes gardent de l'attrait pour l'enfant et ne sont pas abandonnées dans certaines activités masturbatoires et certains jeux sexuels, entre frères et sœurs ou camarades. Le jeu du Docteur où plusieurs enfants se distribuent les rôles de médecin, malade, infirmière etc..., traduit bien les intérêts sexuels (non dénués d'une certaine note sado-masochique parfois) des enfants, mais en même temps leur expression est ici relativement socialisée, puisqu'ils s'identifient à des personnages ayant un statut social. C'est aussi volontiers l'époque des questions concernant la naissance, la grossesse, avec une demande d'information de plus en plus précise.

2) **Les relations d'objet**

*Elles se diversifient* et s'étendent à l'extra-familial, maîtres, professeurs, camarades, personnes diverses rencontrées à l'occasion de loisirs, réunions etc... Ces nouveaux échanges sont l'occasion de nouvelles identifications venant enrichir, nuancer les précédentes.

Comme on l'a vu, *les sentiments à l'égard des parents se modifient* nettement. Tout se passe comme si progressivement il y avait une désexualisation de la relation aux parents ; dès lors, peuvent subsister et s'affirmer sans culpabilité des sentiments d'affection et de tendresse, tandis que simultanément s'apaisent les sentiments hostiles. En fait, l'évolution n'est pas identique chez le garçon et chez la fille. Chez le garçon, elle est beaucoup plus tranchée, nette ; il y a une différence nette entre le garçon de 4 à 5 ans fixé à sa mère, jaloux de son père, très curieux de la sexualité et celui de 7 ans, dont les intérêts se modifient selon les modalités déjà décrites. Chez la petite fille, tous les observateurs s'accordent pour reconnaître une période de latence moins tranchée. L'attachement au père, la fantaisie d'avoir un enfant de lui demeurent souvent et sont en tout cas moins entachés de culpabilité, et l'attente ne crée pas une déception si vive que chez le garçon dans la situation inverse.

3) **L'Organisation de la Personnalité**

Il est habituel de considérer la période de latence comme une phase de renforcement du Moi, qui perçoit de mieux en mieux la réalité, contrôle de manière plus adaptée les conflits de l'enfant avec l'entourage ou à l'intérieur de lui-même. L'apparition des opérations logiques et donc de nouvelles possibilités de raisonnement entraîne un moyen important de maîtrise du milieu extérieur. Parmi les mécanismes de défense, apparus pour la plupart lors des phases libidinales antérieures, l'identification continue à participer grandement à l'édification de la personnalité et utilise de nouveaux objets relationnels extra-familiaux comme support.

*Le refoulement* semble être mis en jeu normalement de manière massive, notamment en ce qui concerne les représentations mentales liées à la sexualité, aux relations œdipiennes ; c'est lui qui, selon S. Freud, est responsable de l'amnésie importante qui touche les 3e, 4e et 5e années et les expériences sexuelles et affectives qui les caractérisent. On peut en rapprocher le mécanisme de la répression, qui dans son sens strict est l'opération qui consiste à chasser consciemment une idée ou un affect déplaisants qui deviennent simplement préconscients et non pas inconscients comme dans le refoulement. Ce contenu réprimé peut apparaître dans les actes manqués par exemple. Il y aurait beaucoup à dire sur d'autres mécanismes de défense comme la dénégation, l'annulation rétro-active, l'isolation, la ratio-

nalisation, qui traduisent autant de positions différentes du sujet face à un contenu psychique déplaisant et angoissant.

Insistons plutôt ici sur le rôle tenu à cette période par des mécanismes comme *la compensation* et la *sublimation*, cette dernière plus particulièrement. Elle est représentée précisément par le mouvement de désexualisation des pulsions, de déplacement vers des buts nouveaux, chargés de valeur sociale ; ce sont les activités scolaires et extra-scolaires, artistiques, la future activité professionnelle ou syndicale etc..., qui seront le support de ce processus de sublimation. En définitive, celle-ci implique que la pulsion puisse se satisfaire d'objets de remplacement et aussi qu'une satisfaction imaginaire ou symbolique puisse égaler une satisfaction « réelle », ce qui n'est pas sans soulever d'importantes difficultés théoriques, notamment en ce qui concerne le problème des intérêts autonomes liés par exemple aux fonctions instrumentales, qui se font jour au cours de l'évolution psychique (l'aisance verbale, le goût du travail, le plaisir de l'effort physique etc...) et qui ne semblent pas uniquement être des aspects cliniques de la vie libidinale. En tout cas sur un plan clinique, il ne faut pas confondre la sublimation dans une activité artistique ou un hobby (jeu d'échecs etc...) et l'érotisation de ceux-ci, alors sources de satisfactions érotiques déguisées ; le problème est le même dans le domaine intellectuel, qui peut être investi en raison d'un plaisir normal de fonctionnement de la pensée, mais aussi être érotisé de manière anormale, notamment chez les obsessionnels chez qui les pensées, les paroles ont à un certain niveau une signification sexuelle. D. Lagache voit dans la sublimation plutôt un mécanisme de dégagement de la pulsion qu'un véritable mécanisme de défense, en ce sens qu'elle n'a pas pour seule fin la réduction des tensions internes, mais qu'elle tend à la réalisation de possibilités nouvelles, ici valorisées sur un plan socio-culturel.

*L'appareil psychique se différencie de plus en plus nettement : le Surmoi, « héritier du complexe d'Œdipe »*, se précise encore. *L'Idéal du Moi s'enrichit* et emprunte à l'extra-familial certains traits qui vont entrer dans sa constitution. Tout cela donne à l'enfant de cet âge un aspect bien différent de celui de la phase précédente : il a perdu de sa spontanéité, de son originalité, en se conformant à certains modèles, à un certain moule à penser propre au groupe culturel dans lequel il vit ; mais aussi en sacrifiant aux exigences de son Surmoi.

⁂

Cette période n'est généralement pas marquée comme la précédente par des conduites spectaculaires qui pourraient inquiéter à tort. C'est plutôt l'inverse qui se produit : on ne tient pas assez souvent compte de symptômes non gênants pour l'entourage, mais qui peuvent être la marque d'une organisation névrotique, tels que l'inhibition, laquelle peut se manifester dans le domaine relationnel comme dans celui de la connaissance intellectuelle et scolaire.

## V - L'ADOLESCENCE

C'est *une phase critique* au plein sens du terme, au cours de laquelle l'équilibre affectif acquis précédemment est bouleversé par l'avènement de la maturité génitale. C'est une période de conflits, de contradictions, parfois de désarroi profond. Les profondes transformations qui caractérisent l'adolescence, sont liées à plusieurs types de facteurs :

— *les facteurs biologiques* d'abord : c'est *la puberté* (vers 12-13 ans, avec d'assez grandes variations individuelles dans la date d'apparition), marquée non seulement par le développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires (pilosité, seins chez la fille etc...), l'apparition d'érections avec éjaculation, des premières règles, mais aussi des modifications générales (taille, développement musculaire etc...), le tout retentissant profondément sur l'image que l'adolescent a de son corps et entraînant un malaise généralement plus accentué chez la jeune fille ;

— *les facteurs socio-culturels :* l'adolescence est à l'évidence un phénomène social. Dans notre civilisation elle est particulièrement longue, en raison du temps requis pour qu'un sujet acquière un statut social, professionnel et familial, lui conférant une autonomie réelle. En fait, il existe des variations non négligeables selon le milieu socio-familial, le statut d'étudiant par exemple maintenant le sujet dans l'adolescence beaucoup plus longtemps qu'une activité professionnelle tôt entreprise (dès 16 ans) ;

— *sur le plan psychologique,* on assiste à *des phénomènes importants de maturation intellectuelle* avec l'accession à une pensée dite formelle (J. Piaget), capable d'abstraction et de généralisation, qui ouvre des horizons nouveaux à l'adolescent. On assiste encore et surtout *à un bouleversement instinctivo-affectif où l'enfant est amené à aménager de nouvelles relations avec ses parents et autrui, comme avec lui-même et son propre corps.*

1) Il y a une poussée pulsionnelle intense qui se traduit par un **remaniement des intérêts,** une irruption de nouveaux désirs dans le domaine sexuel, qu'expriment bien les rêveries, les rêves et de nombreuses conduites où *l'on note à la fois la satisfaction et la répression de ces désirs.* La masturbation, seule forme d'activité sexuelle initialement possible, s'accompagne volontiers de fantaisies variées, concernant quelquefois des personnes de l'entourage proche. Elle est très généralement source de culpabilité et d'un certain degré d'insatisfaction narcissique, car elle marque l'incapacité et l'échec de relations hétérosexuelles. Flirts, relations amoureuses plus ou moins poussées représentent des modalités de satisfaction qui peuvent apparaître plus ou moins tardivement selon les sujets, leur maturité affective, leur sexe, leur éducation, leur milieu, avant la réalisation de rapports sexuels génitaux satisfaisants. Il est clair qu'avant cette réalisation, et aussi coexistant avec elle, il y a une répression des désirs sexuels, qui utilise des moyens divers : régression à des modalités de satisfaction infantiles (par exemple agressivité, goût pour la saleté, désordre, boulimie etc...), ascétisme, intellectualisation et sublimation. L'accès à la vie sexuelle sur un mode adulte assumée sans conflit est généralement long et conflictuel.

2) **Les relations avec l'entourage** familial et extra-familial sont profondément empreintes des effets de la reviviscence du conflit œdipien. Face à l'angoisse qui en résulte, l'adolescent a la tentation de renier son attachement familial et de soustraire à son emprise. C'est ce qu'il fera d'une manière d'autant plus spectaculaire et provocante qu'il se sent davantage incapable d'y réussir par des moyens plus pacifiques ; ceci est le cas non seulement lorsqu'il y a une sévérité particulière du milieu familial, mais aussi lorsque l'angoisse de castration n'a pas pu être suffisamment apaisée au moment de l'instauration de la période de latence. Il prend alors bruyamment le contre-pied des opinions, des goûts de sa famille ; c'est comme s'il voulait, à force de provocation, contraindre ses parents à prendre l'initiative d'une rupture de liens affectifs qui l'inquiètent.

Il arrive que l'issue de la crise soit une telle rupture, suivie d'une orientation durable vers un autre mode de vie, des aspirations différentes de celles de la famille ; mais souvent en

ce cas, la culpabilité entretient des sentiments d'infériorité et un malaise qui risquent fort d'entraver la réussite et l'épanouissement de cette voie. En revanche, si la révolte permet au sujet d'amorcer son indépendance et d'orienter ses intérêts sexuels hors du milieu familial sans l'entraîner dans la rupture, il lui devient progressivement moins nécessaire de mobiliser des sentiments hostiles pour faire échec à son attachement œdipien ; il peut alors, avec un sentiment de danger moindre, supporter l'échange normal de sentiments affectueux et hostiles entre sa famille et lui ; il peut aussi suivre son propre cap à égale distance d'une soumission et d'une révolte, toutes deux aliénantes, comme le note G.P. Brabant.

3) Les remaniements physiques, affectifs, que nous venons de rappeler, ne manquent pas de confronter **la personne de l'adolescent,** à toute une série d'interrogations anxieuses sur lui-même, sur son identité (« qui suis-je ? »). *Les préoccupations narcissiques sont vives,* dont témoignent par exemple les stations prolongées devant le miroir, les soucis vestimentaires, l'inquiétude au niveau du corps, qui peut prendre une allure dysmorphophobique (concernant le nez, l'appareil génital...), l'introspection, la tenue d'un journal, les interminables discussions entre copains ; tout cela a pour but de permettre de mieux se définir par rapport aux autres. Témoignent aussi de cette fragilité narcissique, certaines conduites qui semblent exprimer un sentiment d'omnipotence, rappel de la mégalomanie infantile, omnipotence qui recouvre en fait une angoisse profonde au sujet de sa valeur personnelle. Se définir, voilà un des buts recherchés dans l'opposition dont nous avons déjà parlé et que l'on retrouve aussi dans de *nouvelles identifications.* Elles se produisent hors du cadre habituel ; elles sont souvent intenses et labiles ; on connaît les « emballements » de l'adolescent pour un professeur, un auteur, une « idole », un chef politique, un champion, une idéologie ou une conception de l'existence, une bande etc... Ces emballements sont volontiers changeants, ce qui a la vertu de désorienter profondément l'entourage. *Progressivement cependant, d'identifications en identifications, d'oppositions en oppositions, l'adolescent finit par se définir lui-même,* par se connaître tel qu'il est ; il devient capable d'avoir de lui, de son corps et de l'ensemble de sa personne, une image satisfaisante à laquelle il ne prête pas, de manière infantile, une toute puissance non conforme à la réalité.

Deux autres mécanismes de défense sont, comme l'a montré A. Freud, caractéristiques de cette période : *l'ascétisme* et *l'intellectualisation.* Le premier engendre un refus variable dans son intensité et sa forme de ce qui est ressenti comme pouvant apporter du plaisir ; il peut prendre des dimensions pathologiques majeures, dans certaines anorexies par exemple. Dans l'intellectualisation il n'y a pas refus et méconnaissance des processus pulsionnels, mais ceux-ci sont traduits en langage intellectuel, en idées générales et abstraites, en concepts, ce qui les neutralise : ainsi les multiples rationalisations, les interminables discussions dans lesquelles les adolescents se complaisent. De l'amour à la mort, tous les problèmes sont longuement discutés, mais la discussion a toute chance de rester finalement vide si ces problèmes ne sont étudiés que dans l'abstrait. Il faudrait les vivre, c'est-à-dire accepter de les ressentir affectivement pour y voir plus clair, or l'intellectualisation a pour but essentiel de maintenir à distance ces dangereux affects. Cependant il ne s'agit que de mécanismes de défense transitoires, nécessaires à l'adolescent pour surmonter la dernière période critique de son évolution instinctivo-affective. Avec la fin de celle-ci, se termine la formation de la personnalité et le développement affectif de l'enfant dont nous rappelons les grandes lignes dans le tableau II. Si les caractéristiques de cette personnalité continuent de s'enrichir au cours de la vie adulte, l'essentiel est acquis dès la fin de l'adolescence.

TABLEAU II

DÉVELOPPEMENT INSTINCTIVO-AFFECTIF DE L'ENFANT

| AGE | ZONE ÉROGÈNE | MODE DE PLAISIR | RELATION D'OBJET | MÉCANISMES DE DÉFENSE | ORGANISATION STRUCTURALE (TOPOLOGIQUE) |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 1 an | *Orale* Cavité primitive *passive* — — — — — — puis *active* (dentaire) | Sucer Incorporer — — — — — — Mordre Déchiqueter (cannibalisme) | Mère, comme 1er objet *non différencié* — — — — — — Ambivalence *vis-à-vis du 1er objet différencié* | Introjection puis 1res Identifications Projection Régression-fixation | *Ça* +++ Emergence du Moi encore très faible et passif |
| 1 à 3 ans | *Anale* précoce — — — — — — tardive | Expulser Rejeter-détruire Retenir-contrôler posséder | Ambivalence ++ | Projection Identification (en particulier à l'agresseur) Régression - Fixation - (Dé) négation | Le *Moi* se renforce (→ *Moi Idéal mégalomane* narcissique). *Sur-Moi archaïque* très agressif et sadique |
| 3 à 5 ans | *Phallique* (clitoridienne chez la fille) | Toucher Regarder S'exhiber | Relation triangulaire œdipienne | Tous les mécanismes de défense du Moi apparaissent, et en particulier le refoulement, les formations réactionnelles, les déplacements et la sublimation | *Ça - Moi* et *Sur-Moi* définitif (œdipien). Les identifications secondaires se font avec l'*Idéal du Moi* |
| 5 à 12 ans | Pas de nouvelle zone (*phase de latence*) | Tous les modes antérieurs sont utilisés (à bas bruit) | Extension à l'extra-parental : famille, école, société | Tous, mais *Sublimation* ++ | Les conflits se stabilisent entre les 3 systèmes et le milieu-*Moi* ++ |
| > 12 ans Puberté ↓ Adolescence | *Génitale* organes sexuels ↓ adultes | *1)* d'abord reviviscence des modes infantiles 2) puis modes adultes (→ orgasme) | *1)* Réactivation de la relation d'objet infantile 2) Nouvelles relations d'objets *hétérosexuelles* et *exogamiques.* | Intellectualisation et Ascétisme (en plus des autres mécanismes) | Rupture avec éclatement structural faisant réapparaître l'*éventuelle névrose infantile* - Puis *réorganisation de la personnalité définitive de l'adulte.* |

(D'après WATSON (R.I.). — Psychology of the Child - 2 nd ed. New-York - J. Wiley, 1965).

Il est clair que tout ce que nous venons de dire de l'adolescence est générateur d'angoisse, de malaise, de morosité, voire de dépression. Nous serons amenés à voir précisément lors de l'étude de la psychopathologie de l'adolescence, en quoi bien des conduites de cette période, tentatives de suicides, toxicomanies, fugues etc..., renvoient à cette problématique.

## BIBLIOGRAPHIE


BOWLBY (J.). — Attachement et perte. T.I. L'attachement. Presses Univ. France, 1978, 539 p.

BOWLBY (J.). — Attachement et perte. T.2. Presses Univ. France, 1978, 537 p.

BRABANT (G. Ph.). — Clef pour la psychanalyse. Edit. Seghers, Paris, 1970-1971, 189 p.

DAVID (M.). — L'enfant de 0 à 2 ans. Privat, édit., 1969, 125 p.

DAVID (M.). — L'enfant de 2 à 6 ans. Privat, édit., 1969, 118 p.

DUFOYER (J.P.). — Le développement psychologique de l'enfant de 0 à 1 an. P.U.F., Paris, 1976, 191 p.

ENGEL (G.L.). — Attachement behaviour, object relations and the dynamic-economic points of view. Int. J. Psychoanal. 1971, *52*, p. 183-196.

FREUD (A.). — Le Moi et les mécanismes de défense. (trad. A. BERMAN). P.U.F., Paris, 1949.

FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant. (trad. D. WIDLOCHER). Gallimard, Paris 1968, 212 p.

FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse. (trad. S. JANKELEVITCH). Payot, Paris, 1962, 441 p.

FREUD (S.). — La vie sexuelle. (Tr. D. BERGER, J. LAPLANCHE et coll.) P.U.F., Paris, 1969, 159 p.

FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité. (trad. B. REVERCHON-JOUVE). Gallimard, Paris, 1962, 189 p.

HERMANN (I.). — L'instinct filial. Denoël (édit.), 1972.

KLEIN (M.). — La psychanalyse des enfants. (trad. J.P. Boulanger). Presses Univ. France, 4e édit, 1975.

KLEIN (M.). — Essais de Psychanalyse. (trad. M. DERRIDA). Payot, Paris, 1967, 452 p.

LAGACHE (D.). — La psychanalyse. P.U.F., Paris, 1964, 126 p.

LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1967, 520 p.

LEBOVICI (S.), SOULE (M.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1970, 646 p.

LEZINE (I.). — Propos sur le jeune enfant. Mame Edit., Paris, 1974, 238 p.

MAHLER (M.). — Symbiose humaine et individuation. Psychose infantile. Payot, Paris, 1973, 252 p.

MIERMONT (J.). — L'apport de J. Bowlby à l'étude de ontogénétique de l'anxiété. Introduction et discussion. Perspectives Psychiatriques, 1976, n° 56, p. 132-154.

MONTAGNER (H.). — L'enfant et la communication Pernoud-Stock, 1978.

POSTEL (J.). — Le développement psychologique de l'enfant. In l'évolution psychique de l'enfant. Ed. Baillière, Paris, 1970, 1-80 p.

SEGAL (H.). — Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN. (trad. E. RIBERO-HAWELKA). P.U.F., Paris, 1969, 109 p.

SMIRNOFF (V.). — La psychanalyse de l'enfant. P.U.F., Paris, 1968, 297 p.

SPITZ (R.). — De la naissance à la parole, la première année de la vie de l'enfant. P.U.F., Paris, 1968.

WIDLOCHER (D.). — Le développement de la personnalité. Point de vue psychanalytique. In Traité de psychologie de l'enfant (H. GRATIOT-ALPHANDERY et R. ZAZZO) ,T. 5, P.U.F., Paris, 1973, 235-395 p.

WINNICOTT (D.W.). — De la pédiatrie à la psychanalyse. (trad. J. KALMANOVITCH). Payot, Paris, 1969, 372 p.

WINNICOTT (D.W.). — Processus de maturation chez l'enfant. (trad. J. KALMANOVITCH). Payot, Paris, 1970, 259 p.

WINNICOTT (D.W.). — Jeu et réalité. Edit. Gallimard, 1975, 212 p.

ANZIEU (D.), BOWLBY (J.), CHAUVIN (R.), DUYCKAERTS (P.), HARLOW (H.H.F.), KOUPERNIK (C.), LEBOVICI (S.), LORENTZ (K.), MALRIEU (Ph.), SPITZ (R.A.), WIDLOCHER (D.), ZAZZO (R.). — L'attachement. Edit. Delachaux et Niestlé, Suisse, 1974, 209 p.

La recherche en éthologie. Les comportements animaux et humains. Edit. du Seuil, 1979, 319 p.

# L'EXAMEN DE L'ENFANT

# INTRODUCTION

L'examen de l'enfant exige souvent la participation de plusieurs spécialistes : psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale etc... Nous avons consacré un chapitre à chacune des principales méthodes d'examen. Mais il ne faudrait pas conclure de cela que l'enfant est partagé entre plusieurs secteurs, correspondant aux différents aspects de l'activité mentale, et que les conclusions de l'examen sont tirées de la simple collection des renseignements obtenus. C'est par une confrontation entre les différents spécialistes qu'une compréhension du cas peut être dégagée.

Chaque équipe de psychiatrie infantile consacre une partie de son temps de travail à des réunions de synthèse, pendant lesquelles tous les cas sont discutés et où chacun peut faire part, non seulement des renseignements apportés par sa technique propre, mais aussi de son impression d'ensemble. Le plus souvent la formule d'une réunion hebdomadaire au cours de laquelle sont abordés d'une part les cas nouveaux, d'autre part les traitements en cours, est retenue. Aussi chiffrés et apparemment objectifs qu'apparaissent les résultats de telle ou telle technique d'examen, il faut se garder d'en faire des « choses en soi », isolées de leur contexte, des conditions dans lesquelles s'est passé l'examen et de l'impression clinique de l'examinateur. C'est plus la compréhension du sens d'un résultat que le résultat lui-même qui importe.

# LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

## I - GENERALITES

La consultation du psychiatre est le plus souvent le point de départ et le point de référence d'un traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. C'est grâce à elle que la demande des parents et de l'enfant peut être entendue, qu'une évaluation diagnostique et pronostique des problèmes de l'enfant peut être faite et qu'une indication thérapeutique peut être posée. Cette consultation doit donc être menée avec une grande rigueur, rigueur qui n'est pas contradictoire avec la part de savoir-faire, d'art, nécessaire au psychiatre, ni avec l'aspect essentiellement intersubjectif de l'examen psychiatrique.

Il ne nous paraît pas possible de donner une description générale de la consultation pédopsychiatrique. Autant de psychiatres, autant de façons d'aborder les parents et l'enfant. L'essentiel est de créer un climat qui permette la meilleure communication possible de chaque protagoniste, père, mère et enfant, avec le psychiatre. Cela n'est pas affaire de recette, mais de disposition psychique de la part du psychiatre, qui doit être capable, dans un bref laps de temps, de s'identifier successivement à chacun des parents et à l'enfant, sans se laisser piéger par l'une de ces identifications, c'est-à-dire sans se laisser entraîner, lorsqu'il y a conflit, dans le parti de l'un ou de l'autre. C'est d'abord la capacité du psychiatre d'analyser ses propres contre-attitudes, qui lui est utile. Une longue expérience est indispensable. La consultation est un moment crucial de la prise en charge ; de son déroulement dépend souvent la possibilité ou non d'amorcer un traitement. C'est assurément l'un des actes les plus lourds de conséquences de la psychiatrie de l'enfant.

Il faut y consacrer un temps suffisant. Une heure pour une première consultation, une demi-heure pour les consultations ultérieures, paraissent un minimum. Ce temps est nécessaire pour permettre aux parents et à l'enfant de s'exprimer, d'aller plus loin qu'une simple description des troubles, de se sentir émotionnellement impliqués. Il est nécessaire aussi pour que le psychiatre puisse s'imprégner du problème, décanter l'information qui lui est apportée, percevoir les premiers linéaments des conflits sous-jacents aux symptômes, enfin proposer, au terme de la consultation, une première évaluation diagnostique et pronostique et indiquer soit les bilans qui s'imposent, soit les premières mesures thérapeutiques.

Nous insistons sur le climat de la consultation psychiatrique, car il nous paraît être la condition de base pour que *l'information* recueillie prenne son véritable sens et pour que puisse s'amorcer *une relation thérapeutique.* Mais cela suppose que le psychiatre soit très informé des différents aspects du développement de l'enfant, de la psychopathologie infanto-

juvénile et de la psychopathologie familiale, de façon que, sans changer d'attitude et tout en maintenant la même qualité d'écoute, il puisse situer au fur et à mesure de l'entretien la valeur d'un symptôme, poser les questions qui amèneront les compléments d'information indispensables, recueillir l'anamnèse et faire préciser le contexte familial.

Toute attitude d'enquête systématique nous paraît à proscrire, car une telle attitude est incompatible avec l'écoute nécessaire. En médecine somatique le malade sait peu de choses sur son mal. Il peut seulement décrire sa douleur, signaler sa gêne fonctionnelle ou les symptômes les plus apparents, qui ont attiré son attention. Cela est, bien sûr, capital, mais il reste au médecin à rechercher lui-même une quantité d'informations que le malade ignore, tant par l'examen clinique que par des examens complémentaires. En psychiatrie c'est le malade qui possède une grande part de l'information, même si elle est en grande partie préconsciente ou inconsciente. Il est donc nécessaire de le laisser parler et de l'écouter.

Cela ne veut pas dire qu'il faille se réfugier dans le silence, ni qu'il soit néfaste de poser des questions, de faire préciser tel ou tel symptôme, tel ou tel moment de l'histoire de l'enfant ou de la famille. Il est essentiel que le psychiatre se sente à l'aise dans la technique qu'il utilise, car de cela dépend la possibilité d'établir un climat de confiance. Selon la personnalité de chacun, il paraîtra possible ou non d'utiliser telle ou telle technique, d'étendre l'examen plus ou moins. Il faut, chaque fois que nécessaire, que le psychiatre puisse demander l'avis d'un autre spécialiste, pédiatre, oto-rhino-laryngologiste etc..., ou d'un autre technicien, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, etc., pour obtenir les compléments d'information qu'il estime ne pas avoir la compétence nécessaire pour apprécier lui-même, ou qui supposent des techniques d'examen peu compatibles avec le climat de la consultation qu'il souhaite créer. La notion de travail d'équipe doit se substituer au mythe de la polyvalence du médecin.

Ces quelques remarques nous paraissent d'autant plus utiles à rappeler, que les besoins de l'exposé nous obligent à séparer différents aspects de la consultation psychiatrique, qui dans la réalité sont beaucoup plus fondus les uns avec les autres.

Ceci dit, d'un point de vue très général, on peut dire que le résultat de la consultation, comme de tout examen, est lié à la façon dont elle est menée. Est posé là le problème de la méthodologie de l'examen, des objectif poursuivis, des moyens utilisés.

## II - LES BUTS DE LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

Si l'on peut penser évidemment que le but central de la consultation est le repérage des éléments qui vont permettre d'adopter les attitudes les plus adéquates, de choisir les meilleurs moyens de soulager de manière aussi complète et prolongée que possible la souffrance mentale de l'enfant ou de l'adolescent, il apparaît que les objectifs intermédiaires peuvent se situer à plusieurs niveaux, *dans plusieurs perspectives* et notamment :

— Dans une perspective sémiologique ou nosologique traditionnelle, par exemple : il s'agit de repérer les symptômes actuels et leurs associations à la recherche d'un syndrome ou d'une entité bien définie, de retrouver dans le passé du sujet des troubles ou des symptômes identiques ou différents, dont les liens avec l'état actuel doivent être précisés.

— Dans une perspective psychopathologique, on s'efforce de comprendre comment le symptôme s'intègre à l'ensemble de la vie psychique, d'expliquer sa survenue. Il faut noter

qu'une telle démarche requiert un cadre de référence théorique, différent selon les écoles, selon les auteurs, selon l'usage plus ou moins approximatif qu'on peut faire de ce cadre.

— La perspective étiologique met l'accent sur les facteurs « externes » qui jouent ou ont joué un rôle dans l'apparition des troubles dans l'évolution psychologique : facteurs organiques, troubles relationnels, événements etc... Là encore la prise en considération de ces facteurs n'est pas indépendante des modèles théoriques de référence.

Ces différentes perspectives qui sous-tendent l'évaluation diagnostique et pronostique des troubles posent de nombreux problèmes. Citons en deux d'abord sur un plan général : celui du normal et du pathologique, celui de la classification des troubles. Nous invitons la lecteur à se reporter aux chapitres du volume II consacrés à ces deux questions d'importance, notamment aux limites, aux pièges de la démarche diagnostique, aux dangers plus ou moins subtils de l'étiquetage.

Au cours de la consultation, la distinction entre les perspectives que nous venons de rappeler est artificielle ; elles doivent être envisagées de façon concomittente mais ne doivent pas être pour autant confondues.

Nous allons maintenant faire quelques remarques sur les nécessités de cette consultation.

## A) L'ETUDE DES SYMPTOMES

Les parents amènent leur enfant au psychiatre pour un symptôme ou un ensemble de symptômes qui les inquiètent. C'est le *motif* de la consultation. Souvent au cours de l'entretien, soit avec eux, soit avec l'enfant, d'autres symptômes sont mentionnés. A chaque fois qu'un symptôme est cité, il est nécessaire de le faire préciser et de faire décrire le contexte dans lequel il se situe.

Il est important de demander une description concrète des symptômes, ce que les parents ou l'enfant ont eux-mêmes constaté et non pas l'avis que leur a donné la maîtresse d'école ou le médecin traitant.

Il faut situer l'émergence d'un symptôme dans l'histoire de l'enfant : à quel âge est-il apparu ? Dans quelles circonstances, personnelles ou familiales ? Comment a-t-il évolué ? Y avait-il auparavant d'autres troubles ?

Il faut faire préciser l'intensité, la fréquence, le retentissement sur la vie de l'enfant et de la famille de chaque symptôme.

Il faut rechercher des symptômes identiques ou voisins dans la fratrie, chez les parents, dans la famille plus éloignée.

Prenons l'exemple d'un enfant amené pour une énurésie : quel est le moment de survenue des accidents nurétiques, nocturne ou diurne ? Si l'énurésie est diurne, dans quel contexte se produit-elle, à l'école, à la maison ? Quelle est la fréquence des accidents énurétiques, pluriquotidienne, quotidienne ou moins ? L'énurésie est-elle primaire (la propreté n'a jamais été acquise) ou secondaire ? Si elle est sa date d'apparition, y a-t-il une circonstance déclenchante ? Quel est le comportement de l'enfant au moment des accidents ? Quelles sont les réactions de la mère, du père ? Quels moyens sont utilisés pour protéger la literie, en cas d'énurésie nocturne ? etc...

Le recueil des symptômes ne se fait pas que par l'interrogatoire de l'enfant ou des parents. Il se fait aussi par l'observation du psychiatre. Il est fréquent que le psychiatre constate un symptôme qui ne lui a pas été signalé, des tics, un défaut de langage etc... Ils doivent, eux aussi, faire l'objet d'une description clinique précise. Cette description clinique ne doit pas se contenter de recenser et de préciser les aspects comportementaux des symptômes. Il faut y inclure ce qui fait la dimension spécifiquement psychiatrique des faits : *les affects*, le mode de contact, *la façon de communiquer et de ne pas communiquer*. L'impression générale du psychiatre, même si elle a l'inconvénient de la subjectivité, a une valeur diagnostique considérable.

## B) LA CONNAISSANCE DU CONTEXTE DES TROUBLES

Le psychiatre d'enfants doit s'efforcer de connaître le mieux possible le contexte dans lequel surviennent les troubles, *dans une double dimension synchronique et diachronique.*

1) Il s'agit d'abord d'essayer de comprendre comment le symptôme s'articule avec l'ensemble de la vie psychique actuelle de l'enfant. Cela nécessite, nous l'avons dit, le recours à un modèle théorique, qui est différent selon les écoles, les auteurs. A ce titre, on peut noter que parfois le recours à la notion de structure apparaît essentiellement comme une tentative d'expliciter l'intuition globale d'une personnalité, risquant de lui donner ainsi un sens caractéristique marqué de fixisme, sinon d'innéisme, alors que pour d'autres l'usage de cette notion renvoie seulement, dans une perspective authentiquement psycho-dynamique, au repérage d'un certain type de fonctionnement mental actuel où s'articulent conduites concrètes, fantasmes inconscients, angoisse et défenses contre celle-ci ; dans ce sens, on peut parler de structure prédominante ou de plusieurs structures partielles dans la vie psychique du sujet.

Faut-il aussi à nouveau rappeler qu'il est le plus souvent erroné de considérer des structures psychopathologiques de l'enfant comme des systèmes fixés définitivement, indépendants des conditions extérieures, de la maturation ? L'enfant est trop dépendant de son entourage, les forces de développement sont en lui trop puissantes pour qu'on puisse le plus souvent reconnaître chez lui des formes achevées de structures psychopathologiques.

2) Il faut encore évaluer la place des troubles actuels dans la trajectoire évolutive de l'enfant : s'agit-il de moyens passagers pour résoudre un conflit lié au développement, de réactions aux circonstances actuelles de la vie familiale, qu'il faut bien préciser : séparation, divorce, déménagement, deuil, naissance d'un puîné, etc... S'agit-il enfin de conflits déjà organisés dans le psychisme de l'enfant et que ni l'évolution spontanée ni les changements extérieurs ne modifieront durablement dans un sens favorable ?

3) Outre cette évaluation des symptômes dans le contexte de la personnalité de l'enfant, il importe de les situer par rapport au contexte familial et social.

Chaque élément recueilli demande donc à être situé par rapport à l'ensemble complexe, que constituent : *la position affective de chaque parent par rapport à l'enfant, la trajectoire évolutive de l'enfant, son fonctionnement psychique actuel.* C'est en fonction de cela que l'on pourra déduire la signification pronostique et diagnostique des symptômes.

Reprenons l'exemple d'un enfant amené pour une énurésie : tantôt il s'agit d'un enfant encore jeune, qui n'a pas encore acquis la propreté sphinctérienne, mais qui reste dans les limites des variations de la normale ; tantôt on découvre que c'est à l'occasion d'une circonstance précise, la naissance d'un puiné, par exemple, que l'enfant a recommencé à mouiller son lit ; il

s'agit d'un trouble réactionnel. Tantôt enfin, l'énurésie n'est qu'un symptôme au milieu de tout un contexte de troubles : régression affective, symptomatologie névrotique, etc...

### C) L'AMORCE D'UNE ACTION THERAPEUTIQUE

La consultation psychiatrique n'a pas un but directement thérapeutique. Cependant il est artificiel de séparer, comme on peut le faire en médecine somatique, un temps diagnostique et un temps thérapeutique. Une consultation a en elle-même une valeur thérapeutique : la possibilité qui y est donnée aux parents de s'identifier à la démarche du psychiatre peut amener des changements importants dans leur façon d'investir leur enfant et de comprendre ses difficultés. Le seul fait de pouvoir parler de leurs problèmes à quelqu'un de neutre et de bienveillant, peut soulager beaucoup leur angoisse et leur culpabilité. Le travail d'élucidation du psychiatre amène à poser les questions d'une nouvelle façon et permet souvent de rompre des cercles vicieux entre les parents et l'enfant.

Parfois l'entretien avec l'enfant apporte un matériel suffisamment clair pour qu'il soit possible de risquer une interprétation, dont l'effet mutant se manifeste dans les suites immédiates de la consultation. Insistons, cependant, sur le fait qu'il faut une grande expérience pour manier ainsi les interprétations, comme l'a illustré Winnicott dans ses « Consultations thérapeutiques ». Plus d'ailleurs que sur la valeur thérapeutique d'interprétations, Winnicott insiste sur la qualité de la relation qui peut s'établir entre le psychiatre et l'enfant, relation qu'il favorise par une technique, celle des « squiggle », ce qui signifie « gribouillis ». A tour de rôle, le psychiatre et l'enfant font un gribouillis et demandent à l'autre de le transformer en dessin. Cela facilite les projections inconscientes de l'enfant dans une « aire de jeu », intermédiaire entre lui et le psychiatre, qui facilite une communication à un niveau de plus en plus profond et peut amener le psychiatre à une meilleure compréhension des angoisses, des fantasmes et des conflits internes de l'enfant.

Winnicott donne des exemples de traitement, qui n'ont nécessité qu'une seule séance. Il est beaucoup plus habituel d'avoir besoin de plusieurs consultations pour obtenir un effet thérapeutique, qui tantôt n'est que l'amorce d'un traitement de plus longue durée, tantôt suffit à résoudre les problèmes de l'enfant par une véritable « psychothérapie brève » (Cramer).

## III - LES MOYENS DE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Ce sont :

l'enquête anamnestique,

l'entretien avec les parents,

l'entretien avec l'enfant.

### A) L'ENQUETE ANAMNESTIQUE

Les renseignements anamnestiques sont recueillis pendant l'entretien avec les parents. Pendant cet entretien il faut avoir présent à l'esprit les éléments principaux de l'anamnèse, pour pouvoir les faire préciser au fur et à mesure.

Il peut cependant être nécessaire de procéder à une enquête plus systématique, soit pour constituer le dossier, soit pour les besoins d'une recherche. Il est souhaitable, alors, de

repousser cette enquête en fin de consultation, de façon à éviter d'induire au début un mode de relation inadéquat.

Nous présentons les éléments de l'enquête anamnestique dans le tableau ci-contre. Nous les avons classés en quatre rubriques :

— situation familiale, qui comporte les renseignements d'état civil, les informations concernant la filiation et le milieu socio-économique et culturel ;

— histoire de l'enfant, dans laquelle nous avons inclus les événements médicaux et chirurgicaux ;

— développement qui correspond au développement détaillé des trois premières années ;

— psychopathologie, qui comprend la description précise de tous les symptômes psychologiques qui ont pu émailler l'histoire de l'enfant.

TABLEAU III

ENQUÊTE ANAMNESTIQUE

A - *Situation familiale :*
- — rang dans la fratrie,
- — filiation :
  naturelle,
  adoptive,
  recueil etc...
- — cas particuliers :
  remariage,
  séparation ou divorce des parents etc...
- — Milieu socio-économique et culturel.

B - *Histoire de l'enfant :*
- — grossesse : incidents, vécu de la mère,
- — accouchement :
  terme,
  poids de naissance,
  incidents, vécu de la mère etc...
- — maladies péri-natales,
- — séparation du milieu familial (faire préciser l'âge de l'enfant, la durée des séparations, les réactions qui les ont accompagnées),
- — placements, nourriciers : à la journée, à la semaine, complet,
- — séjour en collectivité, hospitalisations,
- — *scolarité :* âge d'entrée à l'école (réactions de l'enfant),
  cursus scolaire,
  comportements de l'enfant vis-à-vis des apprentissages, des camarades, des maîtres,
- — *événements familiaux :*
  naissance d'un puîné,
  déménagement,
  deuil,
  séparation des parents etc...
- — *événements médicaux :*
  maladies,
  accidents,
  interventions chirurgicales.

C - *Développement :*
- — âge du 1er sourire (souvent difficile à faire préciser),
- — angoisse du 8e mois,
- — âge de la station assise libre et la marche,
- — acquisition de la propreté sphinctérienne (faire préciser l'âge du début de l'apprentissage et la technique employée),
- — âge du 1er mot, de la 1re phrase, du « non » etc...

D - *Psychopathologie :*
- — difficultés alimentaires :
  coliques idiopathiques,
  refus du sein ou du biberon,
  vomissements psychogènes,
  anorexie nerveuse, etc...
- — troubles du sommeil :
  insomnies précoces,
  terreurs nocturnes,
  somnambulisme,
  troubles du coucher etc...
- — accidents sphinctériens : énurésie, encoprésie,
- — spasme du sanglot,
- — antécédents allergiques : asthme, eczéma etc...,
- — périodes d'angoisse, de phobies, de rituels, d'inhibition, de dépression, de mutisme etc...,
- — troubles du comportement etc...

## B) L'ENTRETIEN AVEC LES PARENTS

Cet entretien a trois buts :

— préciser les symptômes de l'enfant, le contexte actuel de son existence, son histoire,

— apprécier les attitudes affectives de chaque parent par rapport à l'enfant et la place qu'il occupe dans les relations du couple,

— prendre en compte la souffrance psychique des parents, qui souvent ne peuvent exprimer leurs difficultés personnelles qu'à travers celles de l'enfant ou qui souffrent du fait même des perturbations de l'enfant.

Il est important de voir les deux parents. Il n'est pas toujours facile de rencontrer le père, pour plusieurs raisons. Il est habituel que les enfants soient conduits aux différentes consultations du pédiatre, du dentiste, etc... par la mère seule. Les parents appliquent souvent la même règle à la consultation psychiatrique. Les pères parfois refusent de rencontrer le psychiatre, sous différents prétextes : ils sont trop occupés ; l'éducation n'est pas leur affaire, mais celle de leur femme ; ils ne croient pas à tout ce qui relève de la psychologie etc... La réalité est souvent tout autre. Beaucoup de ces pères souffrent de difficultés psychiques, phobiques surtout, qu'ils redoutent de voir aborder. D'autres fois, c'est la mère qui fait obstacle à la venue du père. Elle considère l'éducation et les problèmes psychiques des enfants comme son affaire et ne tient pas à ce que son mari s'en mêle, ou elle espère et craint de voir cette manipulation démasquée s'il vient à la consultation.

Il est pourtant essentiel que le père participe à la consultation, non seulement pour donner son avis, mais aussi pour que le psychiatre ne soit pas inconsciemment piégé dans un conflit entre les parents, ce qui lui ôterait toute efficacité thérapeutique, et pour que les deux parents adhèrent au traitement décidé, ce qui est une condition pour sa réussite. Il faut donc savoir insister pour que le père se déplace. On peut être amené à différer toute décision thérapeutique, jusqu'à ce que le père soit venu à une consultation.

Au cours de la consultation il est fréquent que l'un des parents monopolise la parole. Il faut savoir à un moment la donner à celui qui se tait. Tantôt ce parent n'attend que cela pour s'exprimer, et parfois pour donner un avis très différent. Tantôt, au contraire, il ne fait qu'acquiescer et se retrancher dans une mise à distance défensive. D'autre fois un conflit éclate ouvertement sous les yeux du psychiatre, qui est ainsi mis en position de spectateur d'une scène de ménage. Tantôt enfin, l'un des parents adopte une attitude protectrice à l'égard de l'autre, qu'il semble vouloir protéger de toute mise en cause. Toutes ces interactions sont très riches d'informations pour le psychiatre, qui peut ainsi mieux s'identifier à l'enfant face au couple parental.

Il est souvent possible d'aller plus loin , d'explorer davantage les conflits, de proposer un début de compréhension. Mais cela demande beaucoup d'expérience et de tact. Il ne faut, en effet, jamais oublier que *la demande des parents au cours d'un entretien à propos de leur enfant n'est pas du tout la même que la demande d'un adulte qui vient consulter pour lui-même.* Il serait « sauvage » d'ignorer la nature de leur demande et de vouloir aborder trop directement leurs conflits personnels. Il est par contre essentiel que les parents se sentent suffisamment en confiance pour pouvoir d'eux-mêmes, s'ils le désirent, aborder leurs difficultés personnelles ou leurs conflits de couple. Il est alors souvent possible de les aider à découvrir

les relations entre les problèmes de l'enfant et les leurs et d'essayer de rompre des cercles vicieux pathogènes.

Des entretiens ultérieurs sont en général nécessaires, quel que soit le traitement décidé. Les parents ont besoin en effet de revoir le psychiatre pour persévérer dans l'application d'un traitement de longue durée, psychothérapie ou rééducation, pour poser des questions, demander des éclaircissements, faire part de leurs inquiétudes ou de leur impatience. Nous renvoyons le lecteur pour plus de détails au chapitre « L'aide aux parents » du volume II de cet ouvrage.

Il faut savoir, au terme de l'entretien, donner aux parents des avis clairement exprimés. Trop souvent des parents sortent d'une consultation psychiatrique en ayant l'impression de n'avoir rien compris, de ne pas savoir pourquoi il est nécessaire de faire tel ou tel bilan, ou d'entreprendre tel ou tel traitement. Cette incertitude est, bien sûr, un facteur d'inquiétude et d'irritation, qui ne peut que nuire au traitement de l'enfant.

C) L'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT

L'entretien avec l'enfant est l'occasion d'une observation souvent riche en informations :

— aspect physique,
— attitude corporelle,
— habileté ou maladresse dans le maniement des jouets ou dans les dessins,
— instabilité ou inhibition motrice,
— latéralisation,
— langage,
etc.

Plus importante encore est la communication qui s'établit entre le psychiatre et l'enfant. Elle dépend de deux choses :

— l'attitude du psychiatre, qui doit être rassurante, mais naturelle, ni distante, ni séductrice,

— les moyens que l'on met à la disposition de l'enfant pour s'exprimer. L'enfant jeune ne s'exprime pas facilement par le langage. Souvent il répugne à le faire avec un inconnu. Le plus souvent il ne sait pas quoi dire. Il faut donc lui offrir des moyens de communication non verbaux qui lui sont familiers, qui l'intéressent et par lesquels il va pouvoir exprimer sa vie fantasmatique. Ces moyens sont essentiellement le jeu et le dessin.

Insistons sur le fait que jeu et dessin sont des moyens de communication, laquelle comporte deux pôles, l'enfant et le psychiatre. Par son jeu ou par son dessin, l'enfant exprime quelque chose à quelqu'un, il donne à voir ou il cache, il déplace sur les jouets ou les personnages du jeu ou du dessin l'agressivité et l'amour qu'il projette sur le psychiatre. *Sortie du contexte de la relation entre l'enfant et le psychiatre, une séquence de jeu ou de dessin perd son sens réel.* Il n'y a donc aucun sens à interpréter une telle séquence en dehors du contexte relationnel dans laquelle elle a été produite.

**Le jeu.** Avant de préciser la place du jeu dans l'examen, on peut rappeler trois points :

— La nécessité, lors de l'entretien avec les parents ou avec l'enfant, de s'intéresser aux jeux spontanés de celui-ci, à leur éventuelle richesse ou pauvreté, à leur type etc... Faut-il à ce sujet rappeler la phase de D.W. Winnicott : « un enfant qui ne joue pas est un enfant malade... », souvent très inhibé, ou déprimé, ou dont l'expression pulsionnelle agressive ou

sexuelle ne peut être transformée dans l'activité ludique, plaisante, créatrice et symbolique du jeu (proprement dit).

— Il y a lieu en effet en reprenant la classification de J. Piaget, de distinguer parmi les activités dites de jeu, les jeux symboliques ou jeux de fiction, les « vrais jeux » qui apparaissent vers deux ans et prédominent jusqu'à 6 ans environ (ils sont souvent encore appelés jeux d'imitation car l'enfant y reproduit des conduites d'autrui, père, mère par exemple ; en fait il ne s'agit pas d'une simple imitation mais d'une assimilation au sens de Piaget, d'un processus actif, inventif) ; des jeux d'exercice d'une part, qui apparaissent et prédominent dans les deux premières années (puis déclinent mais ne disparaissent évidemment pas ensuite) tels que gesticulation, gazouillis, jeux de manipulation, d'exploration ; des jeux de règle d'autre part, qui sont utilisés à partir de 5-6 ans.

— La fonction du jeu dans la vie mentale de l'enfant, est, dans une perspective psychanalytique, celle d'une activité visant à la maîtrise de l'angoisse ou à la réalisation de plaisir. Par exemple, S. Freud, dans son interprétation du « jeu de la bobine » (jeu où un enfant de 2 ans fait disparaître puis réapparaître une bobine attachée à un fil) y voit un moyen de maîtriser l'angoisse liée à la « disparition » de la mère. M. Klein fait du jeu à la fois une conduite réparatrice (par rapport aux fantasmes de l'enfant de destruction de la mère, à l'origine de l'angoisse dépressive) et une activité de libération de fantasmes masturbatoires. D.W. Winnicott situe le jeu dans l'aire intermédiaire d'expérience entre réalités interne et externe : « le jeu implique la confiance et se situe entre le bébé et la mère ».

De 2 à 5 ans, l'enfant s'exprime donc plus volontiers par le jeu lors de l'examen :

— jeux que l'on peut qualifier de « pulsionnels » pour les plus jeunes et les plus régressifs : eau, sable, terre, pâte à modeler,

— jeux symboliques pour les plus grands et les plus évolués, à l'aide de personnages, d'animaux, d'objets divers.

Le psychiatre regarde l'enfant jouer. Parfois il participe au jeu à la demande de l'enfant. Le plus possible il le laisse dérouler seul son jeu, tout en étant présent par son attention et ses commentaires. Il peut ainsi noter l'attitude de l'enfant par rapport aux jouets : joue-t-il d'emblée, ou a-t-il une attitude inhibée, voire phobique ? Il note les choix de jouets que l'enfant opère, le récit qu'il organise à propos de son jeu dans lequel il projette ses fantasmes, les réactions affectives qui se manifestent dans le déroulement de son jeu : angoisse, agressivité, dépression. A travers ce matériel, il cherche à comprendre l'organisation des imagos parentales, les mécanismes de défense, la nature et l'importance des conflits intra-psychiques etc.

**Le dessin.** A partir de 4-5-6 ans, l'enfant commence à aimer ce mode d'expression.

Nous ne retracerons pas ici l'évolution du dessin de l'enfant, depuis les premiers gribouillages jusqu'à son déclin, mais il faut savoir que le dessin connaît une période privilégiée dans l'enfance, où il est un mode d'expression riche. Cette période privilégiée correspond à la phase du « réalisme intellectuel » décrite par Luquet : l'enfant dessine en fonction de la représentation qu'il a des choses, avec des particularités (par ex. la transparence et le rabattement) qui lui donnent son aspect « naïf » et son originalité. Puis il perd progressivement de sa valeur personnelle, devient conventionnel et le plus souvent s'appauvrit au fur et à mesure que l'enfant avance dans la période de latence : c'est la phase du « réalisme visuel » de Luquet ; la copie et la représentation, l'adéquation à la réalité « objective » prennent le pas sur l'expression et la narration. La période privilégiée s'étend de 5-6 ans jusqu'à 10-11 ans en moyenne.

Mais l'étendue de cette période dépend aussi de la structure psychopathologique : les plus perturbés (psychotiques, prépsychotiques) gardent souvent un dessin riche et personnel plus longtemps.

On peut, avec D. Widlocher, distinguer une triple valeur dans le dessin : la valeur expressive d'abord : le geste graphique, la manière dont l'enfant traite la surface blanche, le choix des formes, des couleurs expriment certains éléments de son état affectif ; la valeur narrative ensuite : en nous livrant les produits de son imagination, l'enfant nous révèle aussi les centres d'intérêt, ses goûts, etc... ; la valeur projective enfin : l'enfant y projette sa vision du monde, ses sentiments, ses pensées etc...

Ce que nous avons dit du jeu en tant que support de la communication entre l'enfant et le psychiatre, doit être redit à propos du dessin, d'autant plus que la tentation est encore plus grande d'utiliser le dessin d'enfant comme un rébus à déchiffrer hors de tout contexte relationnel. L'ordre dans lequel l'enfant exécute son dessin a une signification comparable à l'ordre des associations verbales d'un adulte (M. Klein). Les réactions émotionnelles qu'il a en dessinant ont bien entendu une signification essentielle. L'utilisation qu'il fait de la couleur à certains moments peut avoir une valeur défensive par rapport à une angoisse naissante. Le commentaire qu'il peut faire de son dessin, ses réactions aux commentaires du psychiatre sont très significatifs.

Dans l'ensemble, on observe chez l'enfant l'inverse de ce qu'on voit chez la plupart des adultes. Ceux-ci rationalisent volontiers, ils aiment discuter, voudraient échanger des arguments avec le psychiatre, par contre ils répugnent à livrer leurs fantasmes. L'enfant jeune au contraire livre beaucoup volontiers ses fantasmes à travers jeu et dessin, mais il a du mal à les relier entre eux, à la situation présente ou aux événements qu'il a vécus.

*Au-delà de 10-11 ans*, il est le plus souvent souhaitable de parler avec l'enfant, de lui proposer de s'exprimer verbalement. Le jeu et le dessin deviennent pour lui des activités trop régressives qui risquent de lui servir de moyens de défense ou de le dévaloriser.

*Lorsque l'enfant est très jeune* (avant 2-3 ans), on ne peut pas le voir sans ses parents et souvent on ne peut pas l'intéresser à une activité qui lui permette de s'exprimer. Cependant il exprime spontanément quelque chose par ses attitudes corporelles : sa crainte de l'étranger qu'est l'examinateur, ou au contraire la quête d'une relation corporelle proche, le repli sur des activités auto-érotiques (sucer son pouce) etc. Un dialogue peut s'établir grâce à ses gestes, sa mimique, et en particulier son sourire, son regard, ses lallations etc. Il est important aussi de noter son intérêt pour les objets, qu'à cet âge il ne sait que prendre, manipuler, porter à la bouche, jeter.

## D) LE PROBLEME DE L'EXAMEN SOMATIQUE

Il est bien entendu essentiel, dans de nombreux cas, de procéder à un examen somatique de l'enfant, soit pour faire le diagnostic différentiel entre une affection somatique et des troubles purement psychiques (conversion hystérique, troubles « fonctionnels » psychogênes) ou découvrir l'étiologie de différents troubles (déficit mental, convulsions, recherche d'un déficit sensoriel, etc...), soit pour évaluer la signification d'anomalies physiques déclarées qui peuvent avoir un rôle organisateur pour les troubles psychiques.

Il se pose néanmoins un problème pour procéder à cet examen somatique. Il n'est pas facile de passer du plan de l'entretien psychiatrique à celui de la relation médecin-malade

habituelle, ou inversement. L'examen somatique a une signification relationnelle qu'il est difficile d'analyser et qui peut focaliser toutes les projections de l'enfant.

C'est la raison pour laquelle beaucoup de psychiatres d'enfants préfèrent adresser l'enfant à un pédiatre chaque fois que cela s'avère nécessaire. Mais bien entendu cela est affaire de préférence personnelle et surtout de la capacité qu'a le psychiatre de se trouver à l'aise ou non dans les deux types d'exploration.

## E) TACTIQUE DE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Nous entendons par tactique la façon d'organiser les entretiens successifs avec les parents et avec l'enfant. Dans ce domaine, chaque psychiatre peut avoir ses préférences. Cependant un certain nombre de règles sont généralement admises et quelques impératifs sont à respecter.

L'enfant très jeune ou très angoissé peut refuser de se séparer de ses parents. S'il est permis d'insister un moment pour le voir seul, il faut éviter de forcer ses résistances et le voir avec ses parents s'il ne peut supporter la séparation sans trop d'angoisse.

Dans les autres cas, se pose le problème de l'ordre dans lequel mener les entretiens avec les parents et avec l'enfant. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, la plupart des psychiatres voit d'abord les parents, puis l'enfant, puis les parents et l'enfant ensemble. Cet ordre permet de savoir, avant de voir l'enfant, pourquoi ses parents l'ont amené, de pouvoir le lui préciser si ses parents ne l'avaient pas fait (cas fréquent) et donc de situer pour lui clairement la démarche qu'on lui propose.

Lorsqu'il s'agit d'un adolescent, il est souvent préférable de voir l'adolescent en premier et de voir les parents ensuite, en présence de l'adolescent, pour se situer d'emblée comme le psychiatre de l'adolescent, lui donner la parole et lui éviter de se sentir ou de s'imaginer manipulé par les adultes, psychiatre y compris. Si les parents sont réticents pour s'exprimer devant lui, il est possible de leur expliquer que, soit ce qu'ils ont à dire regarde directement l'adolescent et il est nécessaire qu'il en soit informé, soit cela regarde personnellement les parents et il est possible de les revoir seuls une autre fois.

L'entretien avec l'enfant et les deux parents réunis est souvent particulièrement riche et intéressant, car il permet de comprendre comment circule la communication et l'affectivité dans ce trio, comment l'enfant est pris dans un éventuel conflit conjugal ou sert de projection aux fantasmes de l'un ou l'autre de ses parents.

## BIBLIOGRAPHIE

AMADO (G.) et ROY (J.). — L'observation des enfants difficiles. Paris, P.U.F., 1970.

ARFOUILLOUX (J.C.). — L'entretien avec l'enfant. Toulouse, Privat, 1975.

CRAMER (B.). — Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. Psychiatrie de l'enfant, vol. XVII, fasc. 1, 1974, p. 53-118.

DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, vol. X, fasc. 1, 1967, p. 1-42.

FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant (trad. D. WIDLOCHER). Paris, Gallimard, 1968.

GUTTON (P.). — Le jeu chez l'enfant. Paris, Larousse, 1973.

MAZET (Ph.) et BRACONNIER (A.). — Adolescence et examen de l'adolescent. Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37 102 E10, 1979, 8 p.

MAZET (Ph.) et SIBERTIN-BLANC (D.). — L'examen de l'enfant. Encyclop. Médico-chirurgicale, Psychiatrie, I, 1982 (à paraître).

WIDLOCHER (D.). — L'examen de l'enfant en pédopsychiatrie. Psychiatrie, nº 3, p. 57-61, 1972.

WIDLOCHER (D.). — L'interprétation des dessins de l'enfant. Bruxelles, édit. Dessart, 1965.

WINNICOTT (D.W.). — La consultation thérapeutique de l'enfant (trad. C. MONOD). Paris, Gallimard, 1972.

WINNICOTT (D.W.). — Jeu et réalité (trad. Cl. MONOD et J.B. PONTALIS). Gallimard, Paris, 1975.

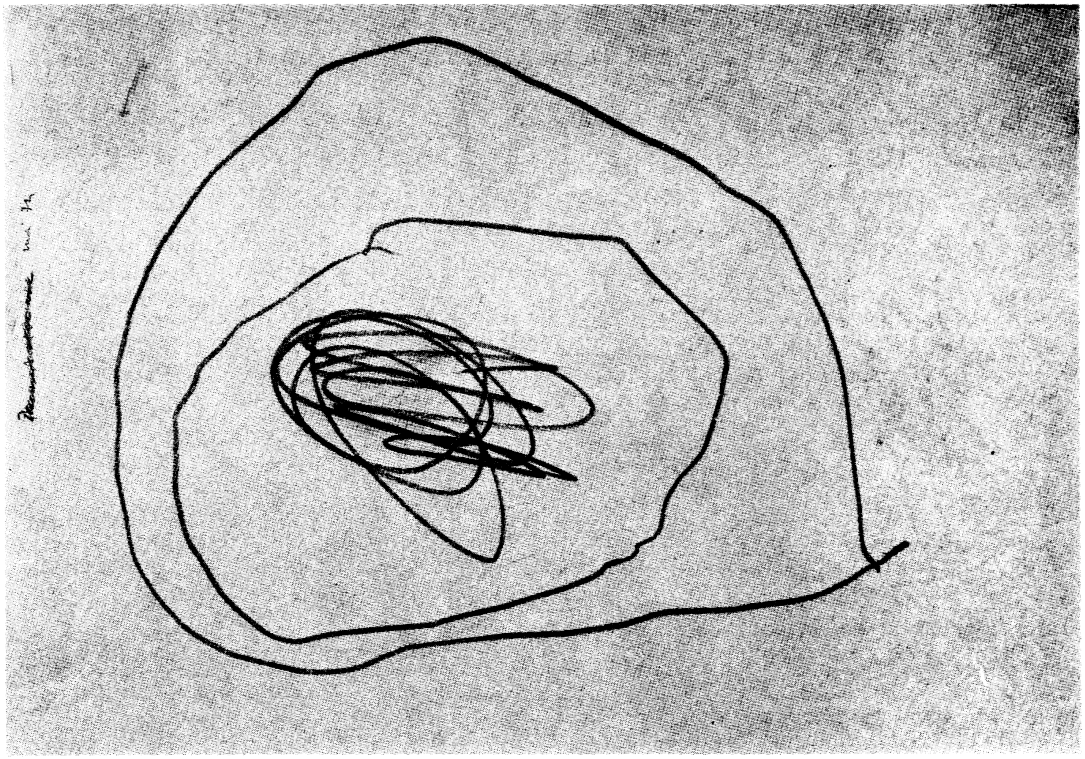


Fig. 2.
Dessin d'un enfant de 3 ans. Dessin encore non figuratif. Passage du gribouillage à l'acquisition de la courbe fermée, qui permettra par la suite le premier dessin du bonhomme.
A cet âge le dessin n'offre pas encore des possibilités d'expression à l'imaginaire, comme le permet le jeu.

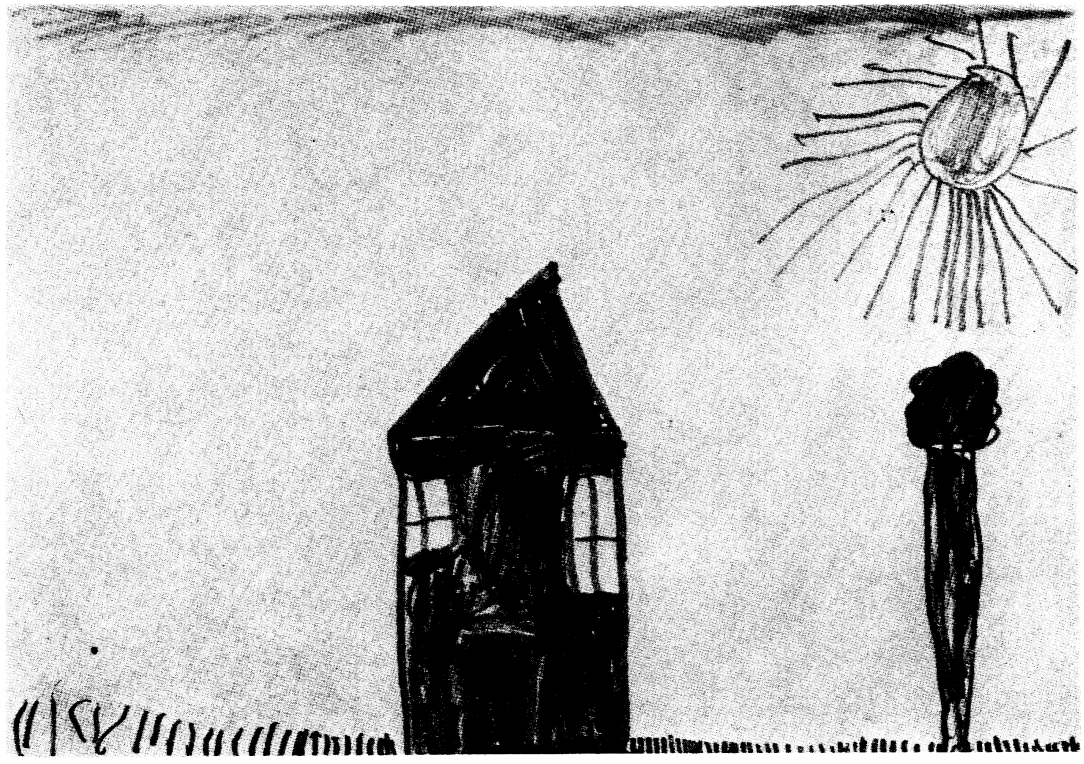


Fig. 3.
Dessin d'un enfant de 5 ans 6 mois : Maison anthropomorphique, caractéristique de cet âge. Couple maison-arbre (souvent porteur des projections maternelle et paternelle), également caractéristique.

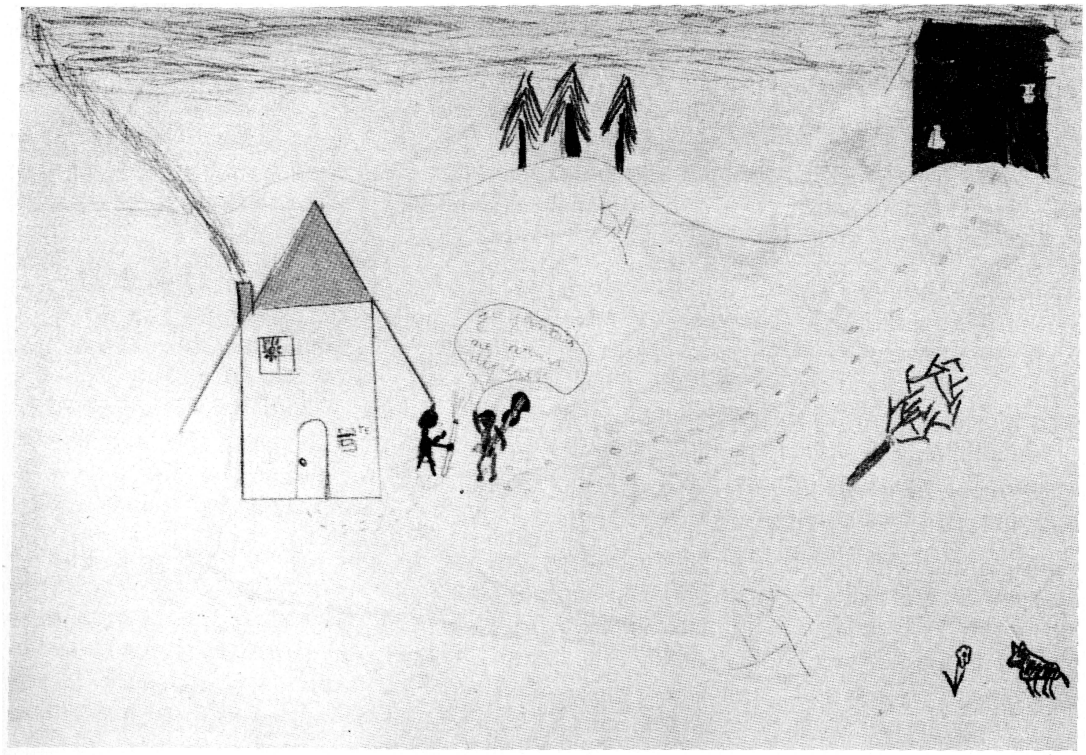


Fig. 4.

Dessin d'un enfant de 9 ans. Ce dessin est devenu beaucoup plus sophistiqué, conventionnel et culturel. Ici c'est la fable de La Fontaine « La cigale et la fourmi », qui est illustrée.
Le développement de la technique de dessin et de sa signification culturelle se fait au détriment de l'expression pulsionnelle.

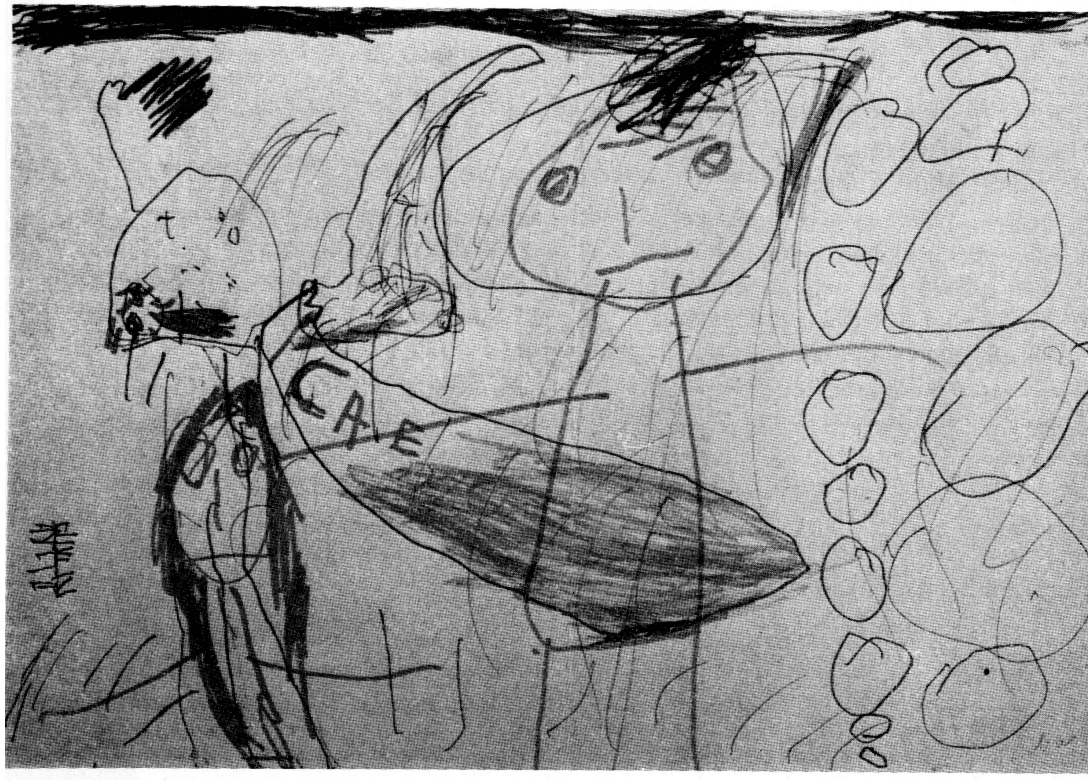


Fig. 5.

Dessin d'un enfant de 5 ans 1/2 souffrant de dysharmonie d'évolution. On remarque l'aspect cahotique du dessin, la surcharge, la dégradation des formes.

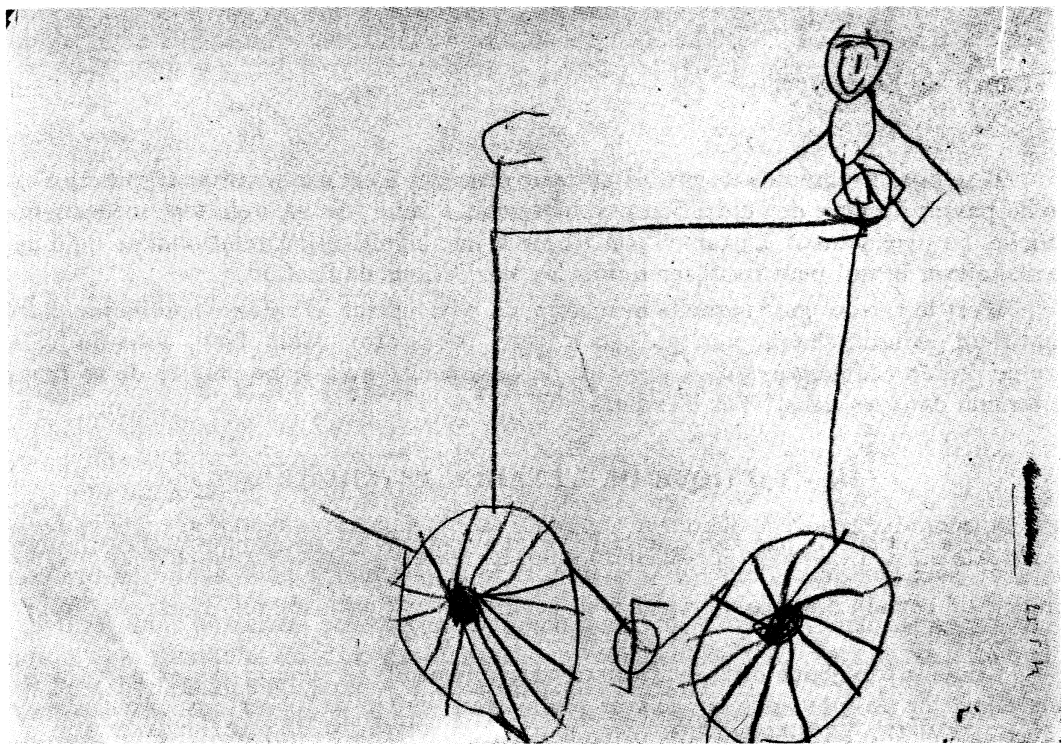


Fig. 6.
Dessin d'un enfant de 6 ans souffrant d'échec scolaire et d'infantilisme affectif.
Le dessin de son bonhomme perché sur la selle d'une bicyclette dont il ne peut atteindre ni le guidon, ni les pédales, exprime l'angoisse de castration de l'enfant qui se sent dans l'impossibilité d'utiliser ses moyens, trop petit pour le faire.

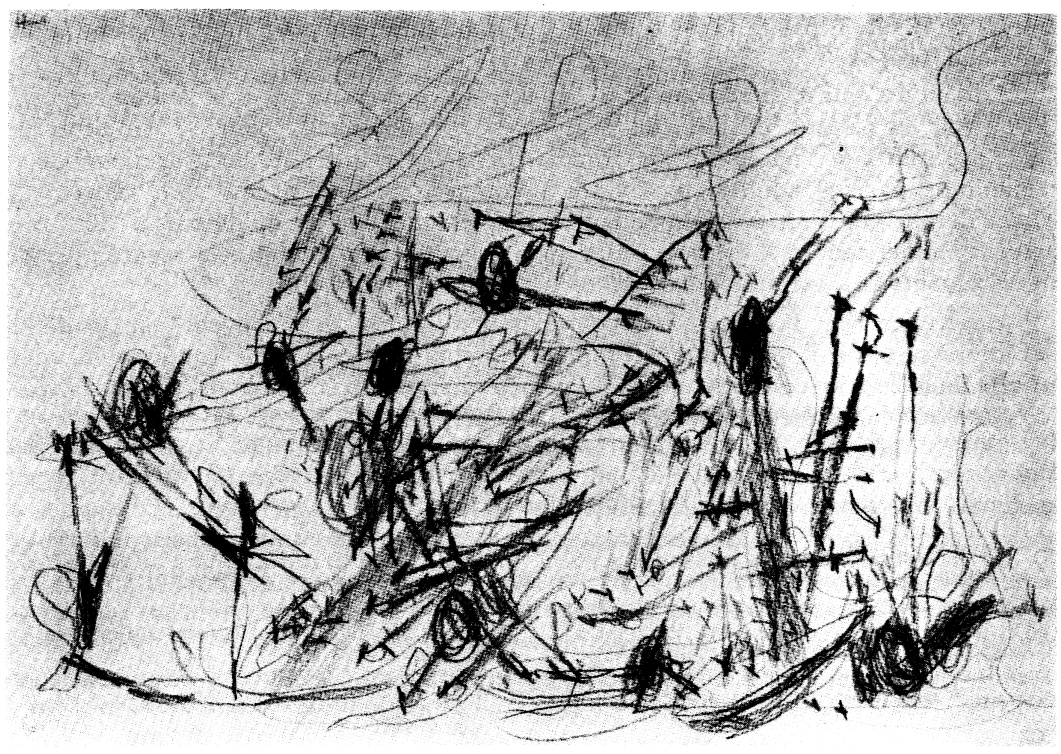


Fig. 7.
Dessin d'un enfant de 10 ans prépsychotique : bourrage systématique de la feuille de papier avec des dessins qui perdent toute forme propre. Seule la signification agressive des fantasmes exprimés apparaît dans la couleur (l'abondance du rouge) et dans le thème : des scènes de combat sans que les personnages soient clairement distingués, ni que se déroule une histoire. L'enfant dessine compulsivement les mêmes scènes de combat tout au long de ses séances de psychothérapie.

# L'EXAMEN PSYCHO-MOTEUR

L'examen psycho-moteur se propose d'étudier la motricité dans sa dimension psychique, en tant que champ d'expression de la vie tant intellectuelle et cognitive qu'affective du sujet.

C'est donc beaucoup plus qu'une appréciation d'un « niveau moteur », c'est toute une évaluation de la qualité et du style des réalisations motrices, de leur versant relationnel, du vécu de l'enfant : aisance ou malaise, plaisir ou souffrance etc.

En ce sens, il se situe différemment de l'examen neurologique proprement dit, lequel vise à mettre en évidence des signes d'une atteinte lésionnelle précise ou d'une altération fonctionnelle d'un système défini, pyramidal, extra-pyramidal, cérébelleux etc. Bien évidemment, un tel examen neurologique est nécessaire pour apprécier l'état des structures anatomiques du système nerveux dont dépend la motricité. En pratique, chez tout enfant ayant des perturbations motrices, il y a lieu de prendre en considération le cas échéant, leur double versant neurologique et psychique, tout en sachant qu'une délimitation stricte des éléments de l'un et de l'autre est bien aléatoire sinon impossible dans un certain nombre de cas.

En définitive, le bilan psycho-moteur n'a de sens que dans le cadre d'un examen plus vaste, pluridisciplinaire, rassemblant des données neurologiques, psychologiques, familiales et sociales, auxquelles il sera confronté.

## I - LES INDICATIONS DE L'EXAMEN

Elles sont représentées d'abord par les troubles psycho-moteurs : « retard moteur », maladresse, difficultés de latéralisation, instabilité, tics etc.

Mais d'autres occasions peuvent se présenter : enfants ayant des troubles « instrumentaux » du registre de la parole et du langage (retards de langage, bégaiement, difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écriture...) ou de l'intelligence (insuffisance intellectuelle globale ou dysharmonie localisée à un secteur) ; enfants ayant des troubles du comportement tels que instabilité, agitation, mais aussi inhibition.

En définitive, *les indications d'un examen psycho-moteur sont, selon nous, très larges.* Il y a très souvent intérêt à savoir, chez un enfant et ce, quels que soient ses troubles, comment il se situe au niveau de son corps, ce que représente pour lui la motricité comme moyen d'expression et de maîtrise.

## II - L'EXAMEN PSYCHO-MOTEUR

A) LES BUTS DE CET EXAMEN sont multiples :

1) d'un point de vue global, il y a lieu d'apprécier à la fois, comme le souligne J. Berges :

— la façon dont le corps est engagé *dans l'action :* initiative motrice, stratégie du geste pour atteindre le but fixé, déroulement harmonieux du mouvement ;

— la façon dont le corps est engagé *dans la relation à autrui :* posture, attitude, mimiques, manières de faire et d'être devant le comportement et le regard des autres.

Une telle appréciation doit se situer à un double niveau, objectif (modifications observables et éventuellement mesurables par l'examinateur) et subjectif (vécu du patient : effort ou non, plaisir ou déplaisir etc.).

Bref, il importe de ne pas s'en tenir uniquement à la *motricité* proprement dite mais d'examiner ce surquoi le mouvement se greffe et qui s'exprime dans *la posture :* l'état tonique de fond, de repos, dont on sait bien à la suite de H. Wallon qu'il est très lié aux diverses afférences extérieures (relations avec l'entourage) et intérieures (vécu affectif).

2) de manière plus précise, l'examen s'enquiert de :

### a) La qualité tonique

Le tonus de fond, donnée de base sur lequel émerge le mouvement, est apprécié lors de la recherche de *l'extensibilité,* capacité du muscle à s'étirer au maximum (ex : on tient l'avant-bras et on fléchit la main en col de cygne au maximum pour apprécier l'extensibilité du poignet) et du *ballant,* capacité des muscles qui entourent une articulation à permettre un jeu maximum passif de cette articulation. Le tonus d'action lors de la mobilisation active volontaire du patient est aussi évalué.

Un tel examen peut mettre en évidence :

— *une paratonie* notable, c'est-à-dire une incapacité du muscle à se décontracter. Il peut s'agir d'une paratonie d'action liée à une mise en tension excessive de la musculature lors d'une activité, sorte de paratonie d'alerte qui s'oppose au mouvement dès que celui-ci prend une certaine amplitude. La paratonie de fond est une manière d'être tonique que l'on rencontre par exemple dans certains états anxieux où il existe une tension permanente, tension qui vient engluer le mouvement. Dans le syndrome psycho-moteur décrit par Dupré sous le nom de débilité motrice, il existe une paratonie majeure.

— *Les syncinésies,* mouvements parasites déclenchés lors d'un mouvement localisé et précis (par ex. lorsqu'on demande à un enfant de faire les marionnettes avec une main, on constate, jusqu'à un certain âge de celui-ci, des mouvements du même ordre dans la main opposée) sont un deuxième aspect de l'état tonico-moteur du sujet, de son tonus d'action plus particulièrement. Dans certaines limites d'intensité et de diffusion, elles sont normales jusqu'à un certain âge. *Les syncinésies d'imitation* (recherchées par ex. lors de l'épreuve des marionnettes ou par des mouvements de pianotage etc. d'une main) diminuent progressivement jusqu'à l'âge de 7 ans environ pour disparaître vers 8 ans dans la grande majorité des

cas. *Les syncinésies à point de départ axial* (par ex. lorsqu'on demande à l'enfant d'ouvrir la bouche, il ouvre nettement ou partiellement les mains) disparaissent plus tard vers 9-10 ans en règle.

b) **La qualité gestuelle**

Sont appréciés dans les mouvements, les actes intentionnels, l'adresse ou la maladresse, la plus ou moins bonne adaptation au but recherché.

L'étude porte sur *les mouvements spontanés* de l'enfant, usuels ou non, et sur *les mouvements réalisés lors d'épreuves variées :* exécution des marionnettes, capacité de traverser une pièce en marchant, courant, sautant à cloche-pied, épreuves de dissociation manuelle (mouvements divers des mains ensemble puis séparées, mouvements successifs des doigts, pianotages etc.) ou de dissociation des membres supérieurs et inférieurs (faire frapper du pied et claquer des mains ensemble puis alternativement, par ex.). Ainsi peut-on avoir une idée des possibilités de compréhension, d'organisation gestuelle, d'adaptation, de coordination de l'enfant. Ces possibilités sont évidemment liées à l'état tonico-moteur proprement dit, mais aussi en très grande partie à la capacité de représentation du but à atteindre, aux modalités de la représentation spatiale de l'enfant, à son schéma corporel, lesquelles données doivent être recherchées systématiquement comme on va le voir plus loin. Ainsi peut-on être amené à noter une dyspraxie, perturbation majeure du geste due à un trouble de l'organisation conjointe du schéma corporel et de la représentation spatiale.

c) **La latéralisation**

Les notions de latéralisation (droite ou gauche dite sénestralité), de préférence manuelle, de dominance latérale ont été abordées lors de l'étude du développement psychomoteur.

Notons simplement ici que l'examen doit rechercher trois ordres de latéralité (J. Berges).

— *la latéralité d'utilisation :* on propose des activités bi-manuelles ou unimanuelles (gestes courants tels que se peigner, lancer une balle, taper, couper, distribuer des cartes...), des activités impliquant les membres inférieurs (frapper un ballon etc...), des exercices de visée ou d'exploration avec un œil. Ces épreuves permettent d'apprécier la latéralité dans des conditions d'activité usuelle, socialisée.

— *la latéralité gestuelle spontanée :* on propose des activités inhabituelles par exemple : superposer les poings fermés, croiser les bras tendus ; le membre dominant passe au-dessus du côté mineur.

— *la latéralité tonique :* en effet la répartition du tonus n'est pas strictement identique de chaque côté du corps. Ainsi l'extensibilité et le ballant sont moins importants du côté dominant, les syncinésies d'imitation et axiales y sont plus marquées, ce qui indique un tonus de fond et d'action plus nets de ce côté.

d) **Le schéma corporel**

La connaissance qu'a l'enfant de son corps est un élément de base de la psycho-motricité. Elle n'est pas très simple à repérer. Cependant, outre les épreuves que nous avons déjà vues, on peut s'en faire une idée, en tenant compte bien sûr des apprentissages et des connaissances apportées à l'enfant, par :

— le dessin d'un bonhomme,

— la nomination des parties de son corps ; il est clair cependant, que ces deux épreuves peuvent être bien réalisées par des enfants qui n'ont qu'une connaissance intellectuelle du corps en général ou de leur corps, sans que pour autant les diverses parties de celui-ci soient réellement vécues comme partie intégrante d'un ensemble et disponibles pour l'activité ;

— l'imitation des gestes de l'examinateur « en miroir » et « en vérité » (codifiée notamment par J. Berges et I. Lezine) est une manière beaucoup plus concrète d'apprécier cette connaissance et cette disponibilité corporelle en même temps que l'orientation spatiale.

e) **La représentation spatiale**

Est en effet liée en partie au schéma corporel : l'espace se construit à partir du geste. Mais en même temps, elle est le résultat d'une activité intellectuelle constructrice. La reconnaissance de la droite et de la gauche sur soi, sur le vis-à-vis est recherchée : on fait parcourir un espace déterminé en 8 pas, puis 5, puis 12 par exemple. La reproduction de figures plus ou moins complexes est très utilisée en psychologie. Le dessin du plan de l'appartement où habite l'enfant, ou de la pièce où on l'examine, peut être très instructif.

f) **L'organisation temporelle** peut être appréciée ainsi :

Frapper sur la table des séries de coups que l'enfant doit reproduire (de 3 à 8 coups) ; noter si la structure d'ensemble est retenue, s'il y a confusion dans la perception des groupes de 2, 3 et 4 coups, inversions, fatigabilité.

La frappe dans les mains en suivant les battements du métronome, la marche rythmée par celui-ci, la possibilité de garder le rythme après arrêt du métronome, peuvent être recherchées.

g) **Les possibilités de contrôle physique** du sujet sont évaluées au niveau du contrôle postural et tonico-moteur en général, au niveau aussi du contrôle visuel, respiratoire etc.

h) **L'appréciation globale de l'activité** de l'enfant, de sa dimension affective, de ses variations relationnelles, reste évidemment une préoccupation majeure de cet examen comme nous l'avons déjà dit. Ainsi peut-on être amené à percevoir éventuellement la note phobique ou hypomaniaque du comportement, à noter la signification agressive de telle conduite etc. Bref, c'est toute la personnalité de l'enfant qui est engagée dans son corps et c'est donc bien elle, en définitive, que vise à mieux cerner l'examen psycho-moteur.

B) LA REALISATION PRATIQUE de l'examen est très variable selon l'examinateur, l'enfant, ses troubles, son âge etc.

La conduite de cet examen peut se faire par exemple en trois temps :

— « à table » : le sujet étant assis, on note la posture, les attitudes ; on le fait écrire, dessiner etc.

— le sujet étant allongé, on apprécie l'extensibilité, le ballant, la capacité du muscle à se décontracter etc.

— le sujet étant debout, immobile puis en mouvement, on examine la diadococinésie (épreuves des marionnettes), la motricité faciale ; on recherche des syncinésies ; on teste les possibilités d'imitation des gestes ; on fait marcher, courir etc.

Tout ceci n'est qu'un schéma modifiable à la demande.

## BIBLIOGRAPHIE

BERGES (J.). — Troubles psycho-moteurs. In DEBRE R., LELONG M., Pédiatrie, Edit. Flammarion, 1970, 1922-1923 p.

BERGES (J.), BOUNES (M.). — La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Masson édit. 1974.

BUCHER (FH.). — Approche de la personnalité de l'enfant par l'examen psycho-moteur, Masson édit., 1973, 27-72 p.

CHAZAUD (J.). — Introduction à la psychomotricité, Privat édit., 1974, 1-190.

Psychomotricité. Perspectives Psychiatriques, 1970, n° 29. 104 p.

# L'EXAMEN DU LANGAGE [1]

Un examen ou « bilan » de langage s'impose dans de nombreux cas. Dans la plupart des cas où des troubles linguistiques sont impliqués dans le tableau psychopathologique, un bilan fait par un spécialiste de l'orthophonie est nécessaire à l'évaluation diagnostique, pronostique et à l'indication thérapeutique. Nous allons d'abord en préciser les indications, puis nous dirons ce que recouvre ce bilan de langage, sans entrer dans les détails techniques de l'orthophonie ; nous citerons seulement ce qu'il est nécessaire de savoir pour comprendre le compte rendu de l'orthophoniste.

## A) INDICATIONS D'UN « BILAN DE LANGAGE »

### 1) Bilan du langage oral

C'est surtout chez l'enfant jeune, d'âge préscolaire, qu'il trouve ses indications.

*A partir de 2 ans,* et a fortiori plus tard, il est justifié de demander un bilan de langage chaque fois que l'enfant a un retard notable dans l'acquisition du langage. Un enfant qui ne dit aucun mot à 2 ans, aucune phrase à 3 ans, doit faire l'objet d'une exploration orthophonique. Dans certains cas, les bilans mettront en évidence des anomalies graves : surdité, débilité intellectuelle, troubles de la personnalité, qu'il est important de dépister précocement, car il faut les traiter le plus tôt possible. Dans d'autres cas au contraire, le bilan montre que l'enfant comprend le langage, mais tarde à s'exprimer lui-même, ce qui est très rassurant sur son évolution linguistique ; il s'agit alors, le plus souvent, d'un retard simple du langage, qui ne laissera pas de trace. Il est possible alors de rassurer l'entourage, mais bien entendu il faut suivre l'évolution.

Un bilan précoce se justifie encore, quand l'enfant a un langage, mais qu'il a des anomalies du débit verbal appelées « bégaiement physiologique », lequel normalement disparaît avec l'évolution, mais peut se fixer en un bégaiement durable, s'il fixe l'anxiété des parents. Là aussi le bilan de langage permet de dédramatiser les choses et d'éviter l'instauration de cercle vicieux.

*Chez l'enfant plus grand, de 3 à 5 ans,* tous les troubles importants de réalisation ou de compréhension du langage nécessitent un bilan orthophonique. Il est indispensable pour préciser la nature du trouble, apprécier l'attitude de l'enfant vis-à-vis de l'expression orale (désir de communication, inhibition, opposition etc.) et évaluer les indications d'un traite-

(1) Ce chapitre a été rédigé avec la collaboration de F. Masse, C. Kipfer, J. Soule, J. Sicsou et A. Boucrot, orthophonistes.

ment orthophonique. Insistons sur le fait que des troubles même graves du langage n'entraînent pas du tout systématiquement la mise en place d'un traitement orthophonique. Dans de nombreux cas, on préférera, au moins dans un premier temps, un traitement psychomoteur ou psychothérapique. Mais bien entendu, dans cette discussion thérapeutique, le bilan de langage est indispensable.

Dans l'année qui précède l'entrée à l'école primaire, *entre 5 et 6 ans*, même les troubles légers doivent être pris en considération et faire l'objet d'un bilan, à cause de l'échéance scolaire. Il ne faut pas râter le moment pour rééduquer un trouble d'articulation qui est le résultat d'une confusion perceptive entre deux phonèmes, laquelle entraînera inévitablement des confusions dans l'apprentissage du langage écrit (lecture et orthographe).

### 2) **Bilan du langage écrit**

Il s'agit des bilans de la lecture et de l'orthographe, qui sont indiqués au cours de toute la scolarité primaire (parfois même secondaire) chaque fois que l'enfant a des difficultés d'apprentissage dans ces matières.

Les enfants qui ne réussissent pas à apprendre à lire et à écrire au rythme normal de leur classe pendant le Cours Préparatoire, doivent faire l'objet d'un bilan dès le 2e trimestre scolaire. Attendre peut être très préjudiciable à l'enfant, car une rééducation lui évitera souvent un redoublement et si le bilan est fait trop tard, la rééducation n'a pas le temps de porter des fruits avant la fin de l'année scolaire.

## B) QUE RECOUVRE UN BILAN DE LANGAGE ?

### 1) **L'examen**

Il ne recouvre pas seulement un aspect technique. Il est bien entendu nécessaire que l'orthophoniste sache mettre l'enfant en confiance, communiquer avec lui par tous les moyens possibles et ne fixe pas son attention sur une exécution mécanique de tâches linguistiques. En outre il faut qu'elle sache apprécier l'attitude de l'enfant vis-à-vis de la communication parlée et celle des parents vis-à-vis du langage de leur enfant. Il y a donc deux aspects dans le bilan orthophonique : le bilan linguistique proprement dit, le bilan des attitudes de l'enfant et de l'entourage vis-à-vis du langage.

— *Le bilan linguistique* comporte :

- pour le langage oral :
  - — des épreuves de compréhension du langage,
  - — des épreuves de réalisation du langage : articulation de phonèmes simples et complexes - parole spontanée - vocabulaire - organisation du récit,
  - — des épreuves de répétition, de mémoire visuelle et auditive ;
- pour le langage écrit :
  - — des épreuves de lecture, incluant l'appréciation de la compréhension du texte lu,
  - — des épreuves d'orthographe spontanée et de mots dictés,
  - — une appréciation de la latéralisation de l'enfant,
  - — une appréciation de son organisation spatiale et temporelle (reproduction de figures géométriques, de rythmes).

— *Le bilan des attitudes de l'enfant et des parents* doit recueillir les éléments qui permettent d'apprécier l'appétence de l'enfant pour la communication linguistique et son désir d'améliorer ses moyens de communication. Il est inutile, par exemple, d'entreprendre la rééducation d'un retard de parole chez un enfant qui n'est pas motivé à mieux parler et qui reste attaché à des attitudes régressives. Le bilan de l'orthophoniste tient compte aussi des attitudes affectives, de l'anxiété, des blocages, des inhibitions, des attitudes d'opposition de l'enfant. Enfin un entretien avec les parents lui permet d'apprécier la façon dont ceux-ci investissent eux-mêmes le langage, les troubles de langage de leur enfant, la manière qu'ils ont de communiquer avec lui, de corriger ou non ses troubles.

2) **Les résultats**

Les résultats du bilan orthophonique permettent de classer les troubles de l'enfant dans des rubriques précises, que nous ne ferons que citer ici, car leur étude est faite dans le chapitre traitant les troubles du langage :

a) Retard de *langage :* il s'agit de troubles dans l'organisation syntaxique et morphologique de la phrase, associés en général à des troubles de la compréhension du langage.

b) Retard de *parole :* ce sont des difficultés dans l'organisation du mot : inversion, omission de phonèmes.

c) Troubles de *l'articulation :* ce sont des erreurs mécaniques permanentes dans l'émission des phonèmes.

D'autre part le bilan du langage écrit, à l'âge scolaire, permet de caractériser la nature des « fautes » faites par l'enfant : s'agit-il de fautes liées à une mauvaise discrimination auditive des phonèmes ou à une mauvaise organisation spatiale (inversion de lettres, confusion de lettres), qui définissent ce qu'on appelle la « dyslexie-dysorthographie » au sens propre, ou s'agit-il de fautes d'usage, de fautes dans l'accord des mots, voire de fautes d'inattention que l'enfant peut corriger quand on les lui fait remarquer.

Le bilan orthophonique donne lieu à un compte rendu écrit, qui reste dans le dossier, mais il est nécessaire que l'orthophoniste confronte verbalement le résultat de ses explorations et son impression clinique d'ensemble avec les autres techniciens de l'équipe au cours d'une réunion de synthèse. Ce n'est qu'au terme de cette confrontation que l'indication thérapeutique peut être posée.

# L'EXAMEN DE L'ENFANT PAR LES TESTS PSYCHOLOGIQUES [1]

La psychométrie, surtout chez l'enfant où il convient de se situer dans une perspective génétique, vient utilement compléter l'étude clinique. Les tests mentaux possèdent une histoire, présentent certaines caractéristiques qu'il faut préciser. Ils particularisent l'investigation du psychologue et spécifient la dynamique de son examen.

Après cette analyse, nous présenterons quelques tests d'aptitudes et de personnalité fréquemment utilisés chez l'enfant.

## I - HISTORIQUE

La psychométrie, ou méthode des tests (2), peut en première analyse, se définir comme l'application aux cas individuels des méthodes issues de la psychologie expérimentale.

*La psychologie expérimentale* est née en Allemagne vers 1850, sous l'impulsion de Weber, Fechner (dont les Eléments de psychophysique datent de 1860), puis de Wundt qui créa, à Leipzig, le premier laboratoire de Psychologie expérimentale (1879). Galton eut l'idée de son côté d'appliquer aux cas individuels les méthodes de la psychologie expérimentale naissante. Lors de l'Exposition Internationale de Santé, à Londres en 1884, il avait ouvert au public un « Laboratoire Anthropométrique » où les volontaires étaient « mesurés » de dix-sept façons différentes.

Mais ces premières tentatives étaient uniquement consacrées à l'étude des sensations. La psychométrie proprement dite est surtout redevable à A. Binet qui entreprit le premier, grâce à son Echelle Métrique, l'étude expérimentale des « processus supérieurs » tels que « la mémoire, l'attention, l'imagination, l'orientation des idées ». (A. Binet, 1903).

Cependant, ce courant d'idées à vocation expérimentale, qui se proposait l'étude objective du comportement humain, excluait la conscience et plus encore un phénomène qui n'allait se révéler qu'un peu plus tard : l'inconscient. Dans cette perspective, la psychologie devenait une science du comportement et non de la conduite. Il suffit de penser à la réflexologie de Pavlov, au Behaviorisme de Watson. La psychologie différentielle et la psychométrie n'auraient pas connu la vogue qu'elles connaissent si d'autres courants d'idées, d'autres théo-

---

(1) Ce chapitre a été rédigé par R. Bobet, assistant de psychologie.

(2) L'expression « mental test » est due à McK. Cattell qui l'utilisa le premier dans un article de la Revue Mind, en 1890.

ries, en particulier *la Phénoménologie* représentée en France par l'œuvre de M. Merleau-Ponty et *la Psychanalyse,* n'avaient resitué la psychologie et son champ d'action, défini plus justement ses finalités, à savoir « l'investigation systématique et aussi complète que possible des cas individuels », selon le mot de D. Lagache (D. Lagache, 1969).

La psychométrie, par sa nature « scientifique » puisqu'elle utilise la mesure, par sa finalité qui vise la compréhension exhaustive de chaque cas individuel, se propose de cerner une personnalité sous l'angle dynamique et structural. Ce faisant, elle se situe au sein d'une problématique ambiguë, celle de la dialectique du général et du singulier, celle de la « science » du particulier. Dès lors, l'ambiguité de la situation d'examen psychologique ne peut être levée que par une analyse détaillée de cette situation et de sa dynamique relationnelle, car l'introduction de techniques standardisées particularise la relation qui s'établit entre le psychologue et l'enfant. *Les tests ne sont que des instruments qui ne sauraient à eux-seuls fonder et définir l'examen psychologique.* Dans ces conditions, l'interprétation se présente comme une activité de synthèse permanente, intégrant dans leur dialectique et leur dynamique les observations cliniques, les modalités relationnelles, les résultats expérimentaux.

## II - LES CARACTERISTIQUES FONDAMENTALES DES TESTS

Les définitions du mot test sont fort nombreuses. L'Association Internationale de Psychotechnique a retenu la définition formulée par H. Piéron en 1933 (reprise dans Piéron, 1952 et 1960) : « Un test est une épreuve définie, impliquant une tâche à remplir, identique pour tous les sujets examinés, avec une technique précise pour l'appréciation du succès ou de l'échec, ou pour la notation numérique de la réussite ».

Cette première définition insiste sur l'une des caractéristiques essentielles de tout test : *la standardisation.* Non seulement le matériel est strictement défini et identique pour tous les sujets, les modalités de passation, la succession des épreuves, les critères d'arrêt de chaque sub-test, l'ordre et la formulation des consignes sont précisés et immuables, mais également les critères d'appréciation de la réussite ou de l'échec (cotation) sont standardisés.

Cependant, cette définition omet *la référence à un étalonnage,* ce qui constitue la seconde caractéristique fondamentale des tests. C'est en effet en se référant à un étalonnage qu'on introduit la « mesure » en psychométrie, mesure qui équivaut de fait à un classement, à une relation d'ordre.

On peut donc préférer la définition classique de P. Pichot (1949) : « on peut, semble-t-il, définir un test mental comme une situation standardisée, servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné soit quantitativement, soit typologiquement ».

Seule la standardisation du test, en plaçant tous les sujets dans les conditions identiques de passation, rend possible une quantification. Mais cette quantification suppose la référence à un étalonnage qui est « un barème utilisé pour le classement d'une valeur individuelle par rapport à l'ensemble des valeurs caractéristiques d'une population » (H. Piéron, 1968). La performance d'un enfant à une quelconque épreuve psychométrique ne prend de signification que s'il est possible de la resituer parmi les valeurs d'une population de réfé-

rence dont d'ailleurs il dépend. L'étalonnage est donc relatif à un échantillon aussi représentatif que possible d'une certaine population, à savoir, par exemple, un groupe de sujets présentant les mêmes caractéristiques cliniques que le sujet examiné (âge, sexe, niveau culturel, niveau socio-économique, etc.). C'est le fait que l'échantillon reflète en des proportions identiques une population générale donnée, qui autorise à tirer des conclusions au niveau du cas particulier.

On utilise généralement le terme de variable pour désigner la donnée observée, repérée dans la réalité. Ce renseignement doit être prélevé avec toutes les précautions nécessaires et c'est le but précisément de la standardisation. Ajoutons que cette variable peut être continue ou discontinue (ou « discrète »). Elle est discontinue lorsque les valeurs qu'elle peut prendre sont limitées : le nombre d'enfants d'une famille, par exemple ; elle est dite continue lorsque le nombre de valeurs possibles est infini : les tailles d'x sujets, par exemple.

Une notion vient alors immédiatement à l'esprit, c'est la notion de fréquence. En effet, dans une classe donnée (lors de l'ordonnancement de nos résultats), nous verrons s'accumuler plus de résultats que dans d'autres classes plus extrêmes. La fréquence d'un caractère est donc le rapport du nombre de son occurrence (par exemple, le nombre d'individus possédant tel caractère), rapporté au nombre total d'observations effectuées.

On distingue ainsi plusieurs types d'étalonnages (1) :

1) Les étalonnages utilisant les paramètres de tendance centrale. Ces étalonnages permettent une première approximation de classement, mais nous verrons leur faiblesse.

*La Moyenne :*

Elle s'obtient en faisant la somme des valeurs distinctes observées (T) rapportée au nombre de mesures effectuées (N) :

$$m = \frac{T}{N}$$

La moyenne apparaît comme le centre de gravité des effectifs de l'échantillon. Son défaut, c'est d'être affectée par les valeurs extrêmes en cas de dissymétrie de la distribution. On lui préfèrera alors la médiane.

*La Médiane :*

C'est une valeur telle qu'il existe un nombre égal d'observations inférieures et supérieures à cette valeur. C'est la valeur de la variable telle qu'il y a 50 % des mesures qui lui sont supérieures et 50 % des mesures qui lui sont inférieures. Elle est indépendante des valeurs extrêmes.

*Le Mode :*

C'est l'abscisse du sommet de la courbe des fréquences, c'est donc à proprement parler la valeur de la variable dont la fréquence est maximale.

Remarque : Lorsque la distribution est dissymétrique (ce qui est souvent le cas lorsqu'on travaille avec de petits échantillons), ces trois indices de classement ont des valeurs propres. Mais lorsque la courbe est symétrique et unimodale : moyenne, mode et médiane sont confondus.

---

(1) Nous remercions G. Temey, assistant de Psychologie, pour ses remarques à ce sujet.

2) Les étalonnages utilisant les paramètres de dispersion (Echelles ordinales).

*Le Quartilage :*

Lorsqu'on obtient une distribution qui n'est pas parfaitement symétrique, il est prudent d'utiliser un étalonnage en quartilage (ou dérivés : décilage, centilage).

Les quartiles constituent trois valeurs qui séparent une distribution en quatre parties (fig. 9) comprenant le même nombre d'observations. Nous décrirons respectivement :

- Q1 (ou quartile inférieur, ou premier quartile), qui est la valeur de la variable telle qu'il y a 25 % des mesures qui lui sont inférieures ;
- Q3 (ou QS, ou quartile supérieur), qui est la valeur de la variable telle qu'il y a 25 % des mesures qui lui sont supérieures ;
- le deuxième quartile qui se confond avec la médiane.

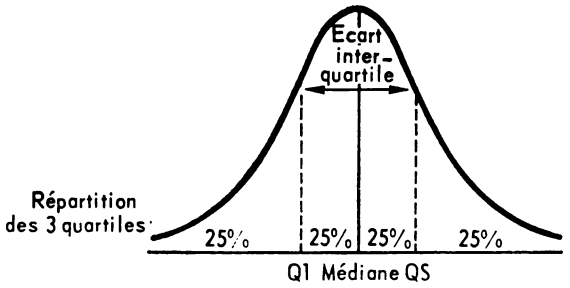



Fig. 8. Le quartilage.

La Révision H.H.R. du test de L. Bender par R. Zazzo et coll., 1967, permet de faire figurer le score de l'enfant sur un profil où apparaissent les divers quartiles (cf. la page 4 de la Feuille de Dépouillement).

*Les Décilage et Centilage :*

Si nous avons beaucoup d'observations : 100, 1 000, rien ne s'oppose à une division encore plus poussée de notre distribution : 10 classes, 100 classes, par exemple.

*Le Décilage* (fig. 10) :

9 déciles divisent le champ de variabilité en 10 intervalles contenant chacun 10 % des observations.

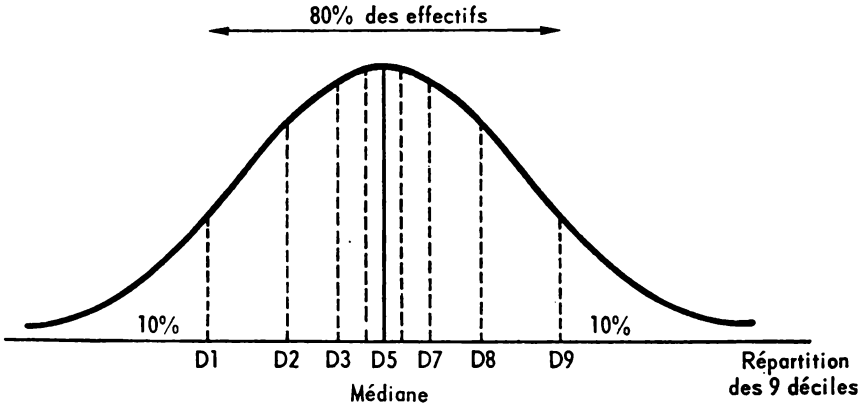



Fig. 9. Le décilage.

*Le Centilage :*

99 centiles divisent ce champ en 100 intervalles contenant chacun 1 % des observations. Les deux centiles extrêmes déterminant un intervalle contenant 98 % des résultats.

Par construction, certains étalonnages combinent les propriétés du centilage et du quartilage.

C'est ainsi, par exemple, qu'un des étalonnages du test P.M. 38 (Matrices Progressives-version 1938) fourni par son auteur J.C. Raven, passation en temps libre, montre les scores suivants (fig. 11) :

| *Centiles* | 5 | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | 95 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Score Age : 8 ans ♂ et ♀ | 10 | 11 | 13 | 18 | 24 | 34 | 38 |

Fig. 10. Scores de l'étalonnage du P.M. 38 (cf. le manuel, J. Cl. Raven 1970).

Ainsi, un enfant de 8 ans, fille ou garçon, qui obtient 24 points à cette épreuve se situe ipso facto au 75e centile, ou encore au quartile supérieur. Dans tous les cas, on sait que seulement 25 % des résultats seront supérieurs à son score.

*Remarque :* Incontestablement, ces trois moyens d'étalonnage représentent une amélioration sur les premiers repères envisagés. Ils sont largement utilisés par les psychologues qui bénéficient de peu de moyens techniques. Ainsi, cet infatigable chercheur que fut André Rey utilisa souvent ces méthodes pour quantifier les multiples épreuves qu'il a inventées (figure complexe, test de mémorisation de 15 mots, épreuves sur données verbales et numériques, etc.).

Ces méthodes présentent deux inconvénients :

- D'une part, la courbe est souvent trop étalée par rapport à une valeur médiane qui n'est pas toujours représentative de la moyenne réelle ;
- D'autre part, la valeur des notes brutes peut présenter des écarts très importants et inconstants d'un décile à l'autre, par exemple. Le schéma du décilage le montre bien. Une variation de 1 point n'a pas la même signification selon que le sujet se trouve dans les déciles avoisinant la médiane, ou qu'il est situé dans les déciles extrêmes. De ce fait, les déciles moyens s'avèrent peu discriminatifs. (cf. encore les divers Tableaux d'étalonnage du P.M. 38, du P.M. 47, etc.).

Une nouvelle méthode permet de réduire ces inconvénients : la classification appelée normalisation.

3) Les étalonnages en échelles réduites (basés sur la loi normale réduite ou Loi de Laplace-Gauss).

Lorsqu'une valeur est influencée par un grand nombre de facteurs de variation, et que ceux-ci sont petits et agissent indépendamment les uns des autres, on démontre que les valeurs de cette grandeur se distribuent suivant une loi bien définie, dite Loi de Laplace-Gauss.

Cette loi revêt un grand caractère de généralité du fait justement de l'aspect continu de la variable. Cette « Loi Normale » se caractérise par une accumulation des résultats au voisinage immédiat de la moyenne, puis ceux-ci se distribuent symétriquement, avec une fréquence qui diminue rapidement plus on s'éloigne de la valeur centrale.

Une propriété remarquable de cette Loi est qu'elle est *entièrement* définie par sa Moyenne et son Ecart-Type ($\sigma$ ou Sigma).

$\sigma$ est d'autant plus petit que les observations sont plus groupées, et d'autant plus élevé qu'elles sont plus dispersées.

Dire que les caractéristiques m et $\sigma$ déterminent complètement une Loi Normale signifie que lorsqu'ils sont connus, on peut calculer la fréquence d'apparition d'un événement pour toute classe limitée par deux valeurs quelconques de la variable.

Ainsi, on a d'une part la moyenne arithmétique, un indice de tendance centrale essentiel, et d'autre part un indice de dispersion des notes de tous les sujets considérés autour de cette moyenne : c'est $\sigma$ (sigma). Afin d'annuler mathématiquement les écarts positifs et négatifs engagés autour de cette moyenne, les statisticiens ont établi cet indice en le basant sur la variance. La variance étant la somme de tous les écarts à la moyenne élevée au carré et rapportée au nombre de mesures effectuées (c'est, en somme, une Moyenne de tous les carrés des écarts à la moyenne). L'écart-type est la racine carré de cette variance.

Il est bien évident que l'étalonnage d'un test ne pourra se référer aux avantages offerts par la Loi Normale que si sa distribution des résultats présente les caractéristiques de la courbe gaussienne : unimodale, homogène, un nombre suffisant de sujets, etc. Ce n'est pas toujours le cas dans la réalité et cela tient uniquement aux facteurs pratiques et non au modèle mathématique. Il faut alors transformer cette distribution (la normaliser) pour qu'elle puisse bénéficier des avantages propres à la Loi Normale : ils sont de trois ordres :

• Lorsqu'une grandeur suit la Loi Normale, il existe entre les valeurs exactes de $\sigma$, de l'écart moyen arithmétique (Ea) et de l'écart probable (Ep) les relations suivantes :

$$Ea = 0{,}797\ \sigma\ \#\ 4/5\ \sigma \qquad Ep = 0{,}674\ \sigma\ \#\ 2/3\ \sigma$$

(Entre — 1 Ep et + 1 Ep il y a 50 % des sujets, c'est en somme l'écart inter-quartile. Cette notion d'écart probable est essentielle dans la démarche de David Wechsler lorsqu'il s'est agi de déterminer le « point zéro » du Q.I. à l'échelle de Bellevue).

• De part et d'autre de la moyenne, si l'on porte 1, 2 ou 3 fois la valeur de $\sigma$, la proportion d'observations dans les intervalles définis figure sur le graphique ci-dessous. (fig. 12).

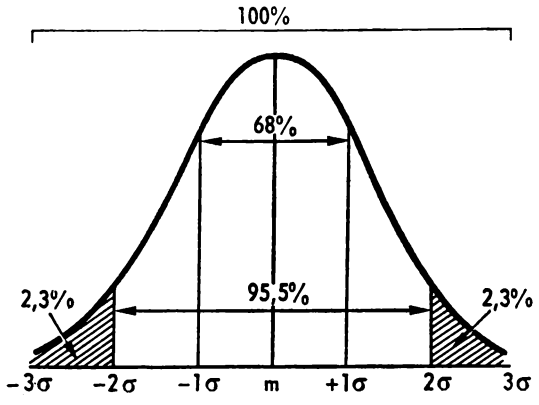



Fig. 11.

Ce qui veut dire, par exemple, que si l'on tire au hasard une observation dans un étalonnage obéissant à la Loi Normale, il y a une probabilité voisine de 0,68 (68 %) pour qu'elle ne s'écarte pas de la moyenne, d'un côté ou de l'autre, de plus d'1 σ.

• Elle offre la possibilité d'additionner et de comparer des mesures à l'origine non homogènes ou tirées d'échantillons différents. Elle sert d'échelle commune du fait de ses paramètres standard. En réduisant toute variable en valeur absolue d'écart réduit, on se donne la possiblité de la situer sur un continuum où toutes les fréquences d'apparition autour d'elle seront connues. C'est ce qu'on fait régulièrement dans les Echelles de Wechsler.

Exemple : La W.I.S.C. (Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants). Par définition, suivant l'exemple princeps du Wechsler-Bellevue, l'auteur fixe la moyenne de l'Echelle des Q.I. (Quotient Intellectuel mesuré en écarts réduits) à 100 et attribue une valeur de 15 au σ (une telle valeur multipliée par trois couvrant l'ensemble de la distribution des résultats obtenus). On a donc (fig. 13), sachant que les pourcentages restent inchangés :

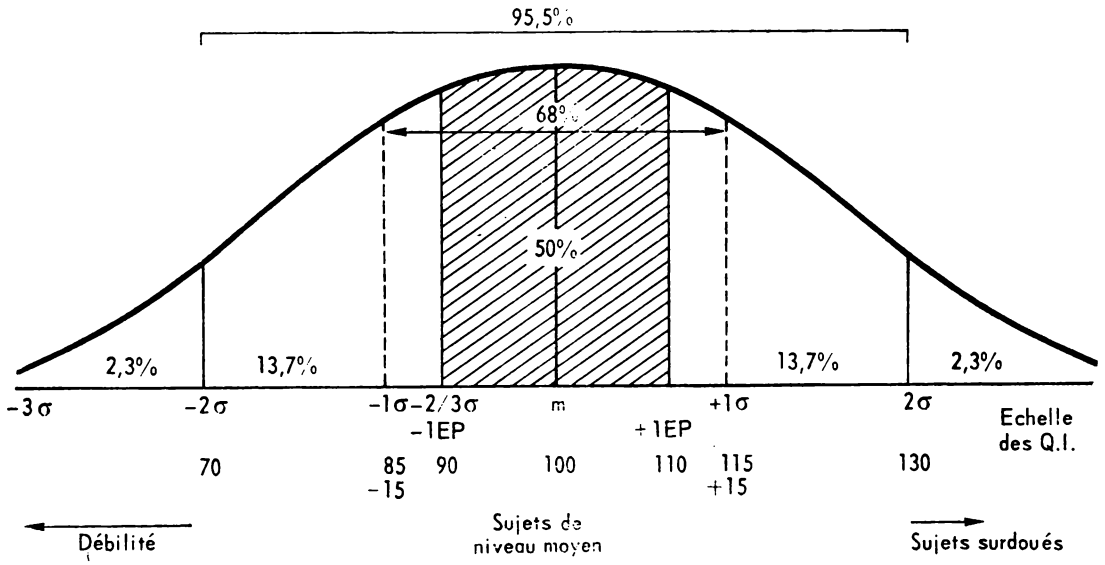



**Fig. 12.**

Normalisation des Echelles de Wechsler avec correspondance des notes en Q.I. (notes réduites) obtenues par tranformation de Hull : m = 100 et σ = 15.

La zone d'intelligence moyenne définissant 50 % des sujets va donc de + 2/3 σ à à — 2/3 σ (donc des Q.I. 90 à 110). C'est d'ailleurs arbitrairement que Wechsler a fixé le Q.I. 90 à — 1 EP ce qui constitue la décision stratégique essentielle de sa méthodologie. Mais cet arbitraire n'est pas dénué de « bonnes raisons » pratiques. Il s'en explique longuement. Il avait remarqué qu'au test de Binet-Terman, qu'il a longtemps fait passé avant l'avènement de la Wechsler-Bellevue, la limite inférieure du « Quotient Intellectuel » dit moyen (dérivé de l'Age Mental, celui-ci), se situait au Q.I. 90. Il a donc décidé que 90 serait également la limite inférieure du Q.I. moyen en écart réduit. De là les confusions regrettables qui s'ensuivirent.

On voit donc qu'avec un Q.I. de 115 au sens de Wechsler un enfant se situe à un niveau supérieur à la moyenne. Un sujet qui atteint le score de 130 n'a devant lui que 2,3 %

des sujets dans l'ensemble de la population, son niveau est qualifié de très supérieur, ainsi de suite.

Outre la standardisation et l'étalonnage, *tout test possède des qualités intrinsèques, métrologiques* qui sont essentielles à sa qualité :

• la Fidélité

Elle exprime le degré de stabilité des résultats soit dans le temps (en cas de ReTest), soit entre deux examinateurs. On la détermine par différents procédés.

• la Sensibilité (finesse discriminative)

C'est le pouvoir de discriminer aussi finement que possible la performance d'un sujet.

• la Validité

Il s'agit de l'adéquation entre ce que le test est censé mesurer et ce qu'il mesure réellement.

## III - LA DYNAMIQUE DE L'INVESTIGATION PSYCHOLOGIQUE

L'examen psychologique se différencie de l'étude clinique par le fait qu'il repose sur une investigation dite « armée », utilisant des épreuves standardisées. Mais l'espoir d'une certaine psychologie à visées naturaliste et expérimentale qui croyait « neutraliser une affectivité relationnelle » suspecte d'être généralisatrice d'erreurs, est un leurre. Et certains auteurs insistent au contraire sur le « pouvoir de violence » qu'implique une telle investigation, violence « maîtrisée et cachée en apparence par la neutralité du psychologue, par l'objectivité sereine de son observation, enfin par l'instrumentalité de ses interventions techniques ». (P. Fedida, 1968).

*La situation d'examen psychologique agit sur le sujet en profondeur, suscite la projection de fantasmes, mobilise des mécanismes défensifs,* c'est pourquoi tout examen psychologique suppose une indication, et la demande d'examen, qu'elle émane de la famille ou de l'institution scolaire, doit être analysée. S'il n'y prend garde, le psychologue risque d'être investi par les parents du pouvoir de comprendre les troubles, les déficits, les déviations de la conduite de l'enfant ; pouvoir de comprendre certes, mais également alors peut-être confirmation implicite que les troubles sont inhérents à la personne de l'enfant, et en définitive investissement du pouvoir de normaliser. Ce danger est bien explicité par R. Perron (R. Perron, 1968). Or l'enfant risque de n'être que le « symptôme de sa famille » (C. Chiland, 1971).

La conduite de l'examen n'est pas prédéterminée, le choix des tests à utiliser dépend de l'analyse de cette demande, des hypothèses de recherche fournies par la clinique ainsi que celles qui naissent de l'investigation psychométrique elle-même. L'examen psychologique est une recherche expérimentale qui vise à comprendre une personnalité organisée selon certaines modalités, une personne en devenir.

Sur le plan théorique, la situation d'examen psychologique ne peut plus se référer à un modèle conceptuel naturaliste, de type behavioriste :

Test ⟶ Sujet ⟶ Réponses

*Elle est une situation dynamique, interpersonnelle,* reposant sur des modalités relationnelles singulières, où l'introduction d'une instrumentalité définit les rôles et les attitudes du psychologue comme de l'enfant examiné :

Dans cette perspective conceptuelle, l'interprétation intègre dans leur dialectique les modalités relationnelles et les résultats expérimentaux ; elle se fonde sur « un regard clinique qui a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle » (Foucault, 1963). Cependant, les attitudes du psychologue se révèlent ambiguës : il utilise des épreuves standardisées, contraignantes pour le sujet examiné ; il se réclame au niveau de l'attitude « d'une neutralité bienveillante ». L'ambiguïté de son rôle détermine en retour les attitudes de l'enfant.

Les modalités d'intervention du psychologue sont définies d'abord par le test. Mais dans son désir de ne pas seulement faire passer une épreuve, noter les réussites ou les échecs, il intervient de manière non directive (techniques de reflet préconisées par Rogers) pour faire préciser une réponse, élucider un comportement, extérioriser le symbolique d'une interprétation aux épreuves de personnalité. L'attitude de neutralité est faite d'acceptation positive et inconditionnelle, de sensibilité et de respect, d'intérêt authentique et manifesté pour tout ce que dit, éprouve ou fait l'enfant. Elle implique une attitude de non évaluation explicite, l'absence de tout propos gratifiant et de tout jugement éthique. Elle est une attitude d'empathie, « démarche participative visant à la compréhension du Moi d'autrui en tant qu'autrui » (Maucorps et Bassoul, 1960). Ceci suppose que le psychologue prenne conscience de son « contre-transfert », à défaut de pouvoir toujours l'analyser dans toute sa complexité.

Du fait de l'investissement culturel des tests, l'enfant, du moins à partir d'un certain âge, perçoit l'examen psychologique comme « une mise à l'épreuve de sa valeur personnelle, de ses possibilités d'action » (R. Perron Op. Cit). Il développe certains mécanismes défensifs, faits de résistance ou de surcompensation : distanciation et banalisation, inhibition, doute, autodépréciation ou au contraire réactions de prestance, goût de la performance, désir de réduire la distance relationnelle créée par l'introduction d'une instrumentalité. Par leur présence et leur intensité, ces traits de comportement et les mécanismes défensifs qu'ils mobilisent, révèlent des modalités relationnelles inhérentes à la personnalité de l'enfant et que la situation d'examen psychologique par ses caractéristiques permet d'extérioriser. Le matériel présenté à l'enfant peut favoriser la régression ludique, la créativité, la fantaisie, certains enfants y trouvent un réel plaisir.

La méthode des tests apparaît donc complémentaire de l'étude clinique. Elle se présente comme une investigation structurée qui n'interdit pas une dynamique relationnelle, révèle des aptitudes ou des inaptitudes, extériorise certaines problématiques, émet certaines hypothèses dynamiques, dont une étude clinique souvent de longue durée viendra éclairer la signification profonde qu'elles revêtent chez l'enfant examiné.

## IV - DE QUELQUES TESTS UTILISES CHEZ L'ENFANT

Afin que le clinicien puisse poser l'indication d'un examen psychologique et fonder sa demande, il convient de présenter certaines techniques psychométriques utilisées habituellement chez l'enfant.

L'examen psychologique se propose de cerner une personnalité complexe et unique, d'en révéler les mécanismes formateurs, d'en préciser la structure. Pour répondre à cette finalité, il comprendra donc une évaluation des aptitudes intellectuelles (tests d'intelligence), une estimation du niveau des acquisitions (tests de connaissances scolaires), une analyse des processus cognitifs, dans une perspective génétique le plus souvent en utilisant des épreuves dérivées des travaux de J. Piaget ; il devra également analyser les déficits linguistiques, perceptifs ou instrumentaux en recourant à des épreuves d'information localisée, saisir enfin l'organisation structurale et dynamique de la personnalité.

## A) LES TESTS D'APTITUDES

Le concept d'aptitude doit être précisé car il reste souvent entaché d'un déterminisme innéiste en référence à des doctrines fondées sur l'hérédité ou constitutionnalistes.

Dans une perspective phénoménologique, l'individu n'existe et ne se développe qu'en fonction de son environnement social, historique, culturel, et l'aptitude est dès lors le témoin de la dialectique de l'équipement génétique de l'individu et des incitations ou des carences de l'environnement. Elle est *une capacité actuelle,* « une potentialité qui prépare l'individu pour un certain niveau de performance dans des activités données et pour l'apprentissage de nouvelles acquisitions », aux dires de Guilford (Personnality, New York, 1959).

### 1) **Les tests de développement intellectuel**

Ces épreuves se réfèrent explicitement à l'évolution génétique. En principe, chaque item de ces épreuves est validé génétiquement et devient de ce fait caractéristique d'un moment de l'évolution psychique de l'enfant.

a) Du BINET-SIMON a la N.E.M.I. (Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence).

En 1905, trois articles successifs publiés dans l'Année Psychologique par A. Binet et Th. Simon débutent une lignée de recherches qui ira sans cesse en se perfectionnant et visant à établir une mesure du développement mental.

Une révision en 1911 de cette épreuve initiale par Binet lui-même devait rester inchangée jusqu'à ce que R. Zazzo, dans le même esprit que les initiateurs, entreprenne un réétalonnage de ce test en 1943.

En 1949, les barèmes publiés sont déjà relativement satisfaisants. Mais c'est en 1966 que la « rectification expérimentale » voit son réel aboutissement avec la publication de la N.E.M.I.

L'historique et la méthodologie de cette Echelle ont été rédigés par R. Zazzo et figurent dans le Tome 1 du Manuel de la N.E.M.I.

Cette épreuve fort bien réétalonnée et issue du « prototype de tous les tests », le Binet-Simon, permet d'apprécier le niveau de développement intellectuel d'un enfant en le comparant aux résultats fournis par ses pairs (c'est l'âge mental). Un enfant a un âge mental de 7 ans s'il réussit tous les items de 7 ans.

Exemple : Le subtest Vocabulaire permet, suivant le nombre de mots connus, de créditer l'enfant d'un item de 9e ou de 10e année, etc. On sait que la copie correcte d'un losange n'est réussie par une majorité d'enfants qu'à la sixième année, ce sera donc une excellente base de sondage pour l'âge de 6 ans, etc.

Quelquefois intervient dans la cotation la qualité de la réponse. Au subtest des gravures dérivé du Binet-Simon, 1re image :

• Une réponse de niveau inférieur à base d'énumération des éléments (« Un monsieur, une charrette, un enfant ») est du niveau de 3 ans ;

• Une réponse de niveau intermédiaire où apparaît une liaison des faits crédite en partie l'enfant de l'item 25 (7e année). Il en faut deux pour que l'item soit acquis. C'est le type de réponse du genre : « un monsieur et un petit garçon, ils tirent une charrette », ou « Un marchand, il va vendre ».

• Une réponse de niveau supérieur est constituée d'une interprétation d'ensemble, plus ou moins pertinente, du type : « Une famille sans logis qui quitte son village ». 2 réponses telles créditent l'enfant de l'item 48, faisant partie de la série de 4 items de 12 ans.

A partir de *l'âge mental,* on peut estimer un « Quotient Intellectuel » au sens de Stern, en faisant le rapport arithmétique de l'âge mental à l'âge réel (en mois) :

$$\text{Q.I.} = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}} \times 100$$

On évite ainsi les nombres décimaux. *Un tel Q.I., on n'y reviendra jamais assez, est un « Quotient d'Ages »* (Zazzo). Il représente un indice d'avance ou de retard constaté par rapport à la performance attendue de l'enfant (fournie par le décompte en mois de son âge réel).

On reproche généralement à cette épreuve sa saturation élevée en facteur verbal, ce qui est un handicap pour les enfants qui présentent, pour diverses raisons, un déficit linguistique.

Néanmoins, sa valeur pronostique concernant l'adaptation scolaire est très satisfaisante.

L'étalonnage fourni couvre les âges de 3 à 14 ans, mais l'épreuve offre son maximum de validité entre 4 et 10 ans.

b) Le terman-merrill, 1937

Le test de Binet-Simon a surtout, aux U.S.A., été diffusé par L.M. Terman qui en a proposé plusieurs adaptations. La version de 1937 a été retraduite en français par F. Cesselin et publiée avec une mallette de matériel sous le nom de Terman-Merrill - Forme L. Elle est assez attrayante pour les enfants jeunes.

c) Le test sans paroles de S. Borel-Maisonny (18 mois à 5 ans 1/2) et l'Echelle de Performance de Borelli-Oléron (15 mois - 5 ans)

L'intérêt de ces deux épreuves validées génétiquement réside dans le fait qu'elles permettent de cerner les aptitudes d'un enfant sans avoir recours à la parole. L'Echelle de Borelli-Oléron dispose d'un étalonnage particulier pour les enfants sourds.

d) L'échelle de développement psychomoteur de la première enfance de O. Brunet et I. Lezine (0 à 30 mois)

Cette échelle fait partie des « *baby-tests* ». Elle est une fort bonne adaptation française des échelles issues des travaux américains du Professeur A. Gesell. *Il ne s'agit pas d'un*

*test d'intelligence stricto-sensu. Elle évalue le niveau de développement psychomoteur* d'un enfant, et ses capacités motrices initiales ne sont pas toujours parallèles aux futures capacités intellectuelles. On peut difficilement en inférer un niveau futur. L'Echelle teste les premiers réflexes du nourrisson, extériorise ses schèmes sensori-moteurs, ses réactions face aux objets et aux personnes. Elle se structu[illegible]tour de quatre thèmes qui contribuent peu ou prou, suivant leur importance au cours du développement, à la note finale : domaine postural, domaine verbal, adaptation ou comportement avec les objets, relations sociales. Les items correspondent soit à des questions posées à la mère, soit à une expérimentation avec le bébé.

Suivant les réussites, on calcule un Age de développement à partir d'une Table de Correspondance entre les points obtenus et les Ages. L'Age de développement est obtenu en jours, il est facile de le convertir en mois. *Le Quotient de développement,* ou Q.D., provient du rapport :

$$\frac{\text{Age de développement}}{\text{Age réel}} \text{ en jours} = \text{Q.D.}$$

Une précaution est à prendre dans ce rapport s'il s'agit d'un enfant prématuré.

Dans cette épreuve, l'analyse de la dispersion des résultats selon les différents secteurs d'activité est essentielle pour établir un pronostic.

### 2) Les tests d'efficience intellectuelle

D'autres épreuves sont destinées à mesurer les capacités intellectuelles, mais elles diffèrent des épreuves précédentes en ce que le Q.I. obtenu n'est plus un rapport arithmétique entre deux vitesses de développement (mesurées en mois), mais un indice de dispersion par rapport à la moyenne d'un groupe d'âges, indice de dispersion fondé sur l'écart-type dont nous avons déjà parlé.

Si les étalonnages de ces épreuves présentent un traitement statistique moins puissant, nous aurons à notre disposition des échelles ordinales.

- LES ÉCHELLES DE D. WECHSLER :
  W.P.P.S.I. Echelle de Wechsler pour la période pré-scolaire (4 ans - 6 ans 1/2) ;
  W.I.S.C. - Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants (8 - 14 ans).

La W.I.S.C. constituait au départ la forme 2 de la W.-B. (Echelle Wechsler-Bellevue, pour adultes). L'auteur l'a peu à peu modifiée pour l'adapter aux intérêts de l'enfant, suivant sa conception de l'intelligence. Il s'agit d'une Batterie comprenant plusieurs sub-tests. L'intelligence est stimulée au niveau Verbal et au niveau des Performances avec un matériel précis à l'aide des épreuves suivantes :

| *Partie Verbale* | *Partie Performance* |
|---|---|
| • INFORMATION | • COMPLETEMENT D'IMAGES |
| • COMPREHENSION | • ARRANGEMENT D'IMAGES |
| • ARITHMETIQUE | • CUBES |
| • SIMILITUDES | • ASSEMBLAGE D'OBJETS |
| • VOCABULAIRE | • CODE |
| • LABYRINTHES (facultatif) | • MEMOIRE DES CHIFFRES (facultatif) |

La partie Verbale donne un Q.I. Verbal ; la partie Performance donne un Q.I. Performance. L'addition des deux scores pondérés, transformée par la table des Q.I., donne un Q.I. global.

L'intérêt de ces échelles est qu'elles rendent possibles des comparaisons statistiques significatives entre les résultats obtenus aux deux échelles (leur validation statistique repose sur un calcul d'intercorrélations).

- La S.O.N. SNIJDERS-OOMEN NON-VERBAL INTELLIGENCE SCALE, ou Batterie non-verbale de SNIJDERS-OOMEN

Elle est applicable à des enfants âgés de 4 à 15 ans. Elle comprend 8 épreuves non-verbales alliant le dessin aux puzzles en passant par des images à compléter, une épreuve de rythme (Cubes de Khox), une épreuve d'appariement. Cette épreuve mériterait une plus large diffusion.

- Les tests issus des recherches factorielles et multi-factorielles.

On peut citer ici le P.M. 38 et les versions suivantes, en particulier le P.M. 47 spécialement adapté à la population enfantine, avec des schémas en couleur. Ces Matrices Progressives sont basées sur le principe de déduction des corrélations. C'est par un raisonnement simple analytique puis déductif qu'on trouve la solution. C'est, suivant C. Spearman, le type d'épreuve le plus saturé en facteur g (facteur général d'intelligence).

- Echelle de maturité mentale de Columbia, de BURGEMEISTER, HOLLANDER-BLUM ET LORGE

Cette épreuve non-verbale se compose de 100 planches formant à chaque fois des séries logiques de regroupement. L'enfant doit reconnaître l'intrus. Ce test sollicite surtout la pensée conceptuelle ou catégorielle qui a fait l'objet particulièrement des travaux de Vigotsky et de K. Goldstein, ainsi que de certaines recherches de J. Piaget. Les étalonnages vont de 3 ; 6 ans à 11 ; 5 ans.

## B) LES TESTS D'INFORMATION LOCALISEE

### 1) **Les épreuves perceptivo-motrices**

Elles mobilisent la perception, la motricité fine, les capacités de structuration, d'analyse et de synthèse, la rétention. Elles permettent de cerner d'éventuels déficits de structuration perceptive (atteinte organique en particulier visible au V.R.T. de A.L. BENTON - Visual Retention Test), des insuffisances intellectuelles (elles sont nettes au test d'une Figure Complexe d'A. REY), des troubles de nature instrumentale chez le jeune enfant (Test de L. BENDER qui est de passation rapide et riche de renseignements).

### 2) **Les épreuves de rythme** (M. STAMBAK, V. LAVONDES)

Elles s'intéressent à un aspect particulier de la structuration temporelle : le rythme, lequel entretient des rapports privilégiés avec l'organisation linguistique. Pour ces épreuves, l'enfant doit reproduire un rythme sonore exécuté devant lui, ou reproduire graphiquement des séquences rythmiques.

Cette épreuve, assez bien validée génétiquement par Mme. Stambak fait partie, en tant que sub-test, de plusieurs Batteries, en particulier de la Batterie de Zazzo portant sur l'examen psychologique de l'enfant, ainsi que la Batterie d'A. Inizan.

### 3) **Le test de schéma corporel** de BERGES, STAMBAK ET DAURAT-HMELJAK

Cette épreuve comprend l'évocation de parties du corps et la construction de puzzles représentant un mannequin et un visage (de face et de profil).

## C) LES TESTS DE CONNAISSANCES SCOLAIRES

Ils sont très nombreux. Une série éditée par le Centre de Psychologie Appliquée suit de très près l'évolution des programmes scolaires. Nous citerons deux tests plus spécifiques :

La Batterie Prédictive de l'Apprentissage de la Lecture (complétée par la Batterie de Lecture) d'A. INIZAN est un ensemble d'épreuves permettant de prédire, chez un enfant abordant la lecture, quel temps va durer cet apprentissage. Ce test peut utilement être complété par le Reversal Test (test des figures symétriques ou identiques) de EDFELDT.

Le test de l'Alouette de P. LEFAVRAIS permet, à partir d'un texte réellement difficile, de détecter les difficultés en lecture d'un enfant, son retard en la matière, et d'inférer une éventuelle dyslexie.

## D) LES EPREUVES DE PERSONNALITE

Elles se fondent sur le mécanisme de *la projection,* favorisé par les propriétés fondamentales de toute perception. La perception n'est pas un acte passif : elle est interprétation d'une situation à un moment donné chez un sujet qui a tout un passé cognitif et affectif. Plus les stimuli perceptifs seront dégradés, informels, plus la projection de soi sera personnalisée. C'est sur ce principe que reposent les diverses épreuves projectives.

Selon la nature de l'épreuve, le matériel utilisé, on peut distinguer plusieurs variétés de tests projectifs :

### 1) Les épreuves de caractère utilisant le papier et le crayon

Bien que ne référant pas strictement à la classification de « tests projectifs », ces épreuves simples et renouvelables laissent transparaître souvent de large pans de la problématique du sujet. C'est courant chez l'enfant.

Les plus utilisées sont : le test de l'Arbre, épreuve standardisée sous couvert caractérologique chez l'enfant par le psychologue suisse Ch. KOCH. Ce test introduit bien un examen et il est toujours bien accepté. Le test du Gribouillis rénové par L. Corman à partir des premières recherches de Meurisse. Le test du dessin de famille (famille réelle : Porot ; famille imaginaire : L. Corman) source inépuisable de renseignements sur le vécu de l'enfant vis-à-vis des autres membres de la famille.

Les tests du Bonhomme Fl. GOODENOUGH et de la Dame du Dr FAY, ont, eux, plus valeur génétique. Néanmoins, en pathologie mentale, ils sont très révélateurs des conflits de l'enfant. Sur les épreuves de dessin, on trouvera des bibliographies substantielles dans : Widlöcher, 1965 et Debienne, 1973.

### 2) Les épreuves structurales (1)

a) *Description*

Le type même en est LE TEST DE RORSCHACH. Cette épreuve imaginée par H. Rorschach en 1921 après de nombreux tâtonnements, se compose de 10 planches proposant des taches d'encre symétriques par rapport à un axe médian. 5 de ces taches sont noires, 2 sont bicolores noires et rouges, les 3 dernières sont polychromes.

---

(1) Nous remercions C. Sender, H. Bourneuf, N. Duplant, psychologues, pour leur remarques à ce sujet.

On donne au sujet une consigne l'incitant à évoquer ce qui lui vient à l'esprit en voyant ces planches.

La passation du Rorschach n'est pas faite à la légère, il faut que le cas le nécessite et elle réclame une mise en confiance du sujet suffisante pour obtenir sa participation.

L'école française actuelle est assez dynamique sur le plan de la recherche. Deux voies sont explorées: C. Beizmann s'est attachée à l'étude génétique et clinique de la perception enfantine. Son étude porte sur un échantillon de plusieurs centaines d'enfants normaux de 3 à 10 ans (Beizmann, 1974); d'un autre côté, une équipe de psychologues à la Salpêtrière analyse les protocoles d'enfants relevant d'un Service de Psychiatrie de l'enfant.

b) *Interprétation*

L'analyse des réponses se fonde sur celle des différents « facteurs » Rorschach :

— la localisation (globale ou partielle) ;

— le déterminant (la forme, la couleur, l'estompage, les kinesthésies, c'est-à-dire la perception des formes en mouvements) ;

— le contenu des réponses (animal, humain, éléments naturels, objets, anatomie, etc...).

Elle se fonde aussi sur la présence ou l'absence de réponses fréquentes dites banales, sur les réactions comportementales du sujet (les chocs, les refus à certaines planches par exemple).

La synthèse de ces différents facteurs est reportée sur une grille de données quantitatives appelée « psychogramme » où apparaissent les « traits saillants du protocole », c'est-à-dire :

— le mode d'approche perceptif dominant (réponses globalisantes ou démarche analysantes par détails) ;

— le « type de résonance intime », c'est-à-dire la tendance individuelle à un mode de réactivité émotionnelle intériorisée (sujet introverti) ou extériorisé (sujet extraverti) ;

— l'équilibre ou le déséquilibre entre une attitude intellectuelle et formelle ou une attitude affective, plus spontanée, voire pulsionnelle.

Cette première approche, indispensable, est cependant insuffisante dans la pratique clinique, car elle risque de réduire l'interprétation à un schéma typologique simpliste, dépassé et réifiant.

La seconde étape de l'interprétation du protocole Rorschach passe par une analyse complexe héritée de l'évolution historique et théorique de ce test.

En effet, le Rorschach a été utilisé dans différents domaines allant de la psychologie génétique à la psychologie expérimentale. Dans le domaine précis de la clinique psychiatrique, les concepts de la théorie psychanalytique sont devenus le support préférentiel de l'interpré-

tation. Dans cette perspective, la réponse Rorschah fait appel à une « activité perceptive visuelle, activité constamment et imperceptiblement orientée, déviée, enrichie ou altérée par le vécu, le problématique ou la fantasmatique, vécu qui dans le cas de l'enfant s'exprime très largement » (N. Rausch, 1977).

Le travail interprétatif du psychologue est de mettre en évidence le niveau de la problématique (génitale ou pré-génitale par ex.), ainsi que les mécanismes de défense et leur efficience. Il est important en effet d'essayer d'évaluer l'équilibre établi entre l'expression fantasmatique du sujet, et son adaptation au réel et à ses exigences. L'interprétation restitue également le vécu du sujet et ses affects. Elle rend compte de ses capacités à contrôler ou non son angoisse, ses pulsions agressives ou libidinales, et au bout du compte, elle a pour but de fournir des hypothèses diagnostique et structurale.

### 3) Les épreuves thématiques

a) *Description*

Les épreuves du type *T.A.T.* (Thematic Aperception Test, test d'aperception thématique), l'O.R.T. de PHILIPSON (Object Relation Test), le Test de SYMONDS mettant en scène des adolescents, le test de JACKSON mettant en scène des enfants et des scènes familiales, le D.P.I. de R. PERRON (Dynamique Personnelle et Image), sont constitués d'une série d'images plus ou moins floues mettant en scène un ou plusieurs personnages. L'enfant est invité à imaginer une histoire.

Au contraire des précédents, le test Blacky Pictures, imaginé par l'analyste américain G.S. BLUM présente des situations plus nettes. On a en effet cherché-là à faire apparaître un conflit bien particulier à l'enfance. Mais la passation de l'épreuve étant trop contraignante (les personnages et leur rôle sont imposés à l'enfant), L. CORMAN, en France, a imaginé d'exploiter la facilité qu'ont les enfants à s'identifier à des animaux. Il met en scène les Aventures du petit cochon *Patte Noire* (fig. 14). En 18 Planches, les principales situations conflictuelles de l'enfance sont évoquées : oralité, agressivité anale, rivalité fraternelle, castration, abandon. Une originalité de l'auteur est de mettre tout en œuvre pour aboutir à une « convergence d'indices », d'où des techniques très spécifiques comme la Méthode des Préférences-Identifications.

Pour terminer, nous citerons une épreuve non dénuée d'intérêt et qui présente d'emblée une situation de jeu à l'enfant : c'est le Scénotest de G. VON STAABS. Le matériel compris dans cette épreuve est standardisé et comporte un certain nombre de marionnettes articulées et d'accessoires choisis en fonction de principes psychologiques et dynamiques. Sur ce plan-là, on peut le comparer au test du Village (par exemple avec Matériel MABILLE). Mais cette épreuve est beaucoup moins bien étalonnée que celle du Village (MONOD, 1970) ; en contrepartie, elle offre plus de possibilités pour faire une investigation clinique ou démarrer une relation psychothérapique.

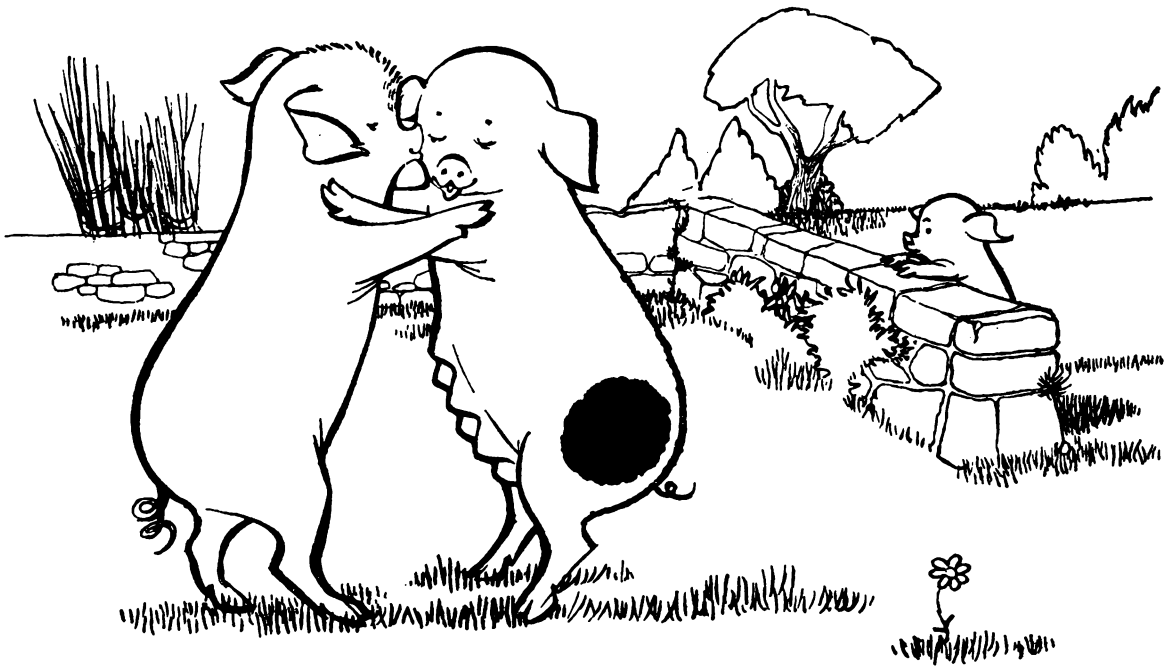
b) *Interprétation des tests thématiques*

Tout comme pour le Rorschach, elle se réfère essentiellement à la théorie psychanalytique.

L'analyse des tests thématiques passe par celle des procédés de structuration des récits inventés par le sujet. Ces procédés regroupent les thèmes abordés, les distorsions percep-

tives, les lapsus, le langage utilisé (banalisation, description ou fabulation loin de l'image par exemple) ainsi que l'issue des récits.

L'interprétation se fait toujours en référence à un ensemble de thèmes banaux (dont la fréquence a été étudiée en fonction de l'âge). Elle a les mêmes objectifs que l'analyse du Rorschach. Elle aboutit au dégagement de la problématique, des mécanismes de défense, d'une hypothèse de structure, mais plus encore, elle permet de saisir la dynamique des relations. Ce qui rend les tests thématiques très complémentaires du Rorschach.



(reproduit avec l'autorisation du Dr L. Corman)

Fig. 13. - *Test Patte Noire, Planche 2 : BAISER*

Les 16 Planches du Test Patte Noire (matériel en vente au C.P.A., Paris), évoquent des situations propres à l'enfance. L'identification facile de l'enfant aux animaux et la transposition symbolique des situations infantiles au travers des scènes animales dessinées permettent la projection.

Ici, est évoqué le thème œdipien, et, dans cette relative structuration du matériel, un secteur est laissé neutre. Ainsi, le petit cochon qui regarde pourra être ou non PN et sera animé de sentiments positifs ou négatifs que ne saurait induire son expression.

Cette technique judicieuse permet une meilleure évaluation de la palette défensive de l'enfant. Dans la perspective d'une identification massive à PN, avec appoint narcissique, le petit cochon sera nécessairement PN ; dans le cas de trouble intense devant l'intimité des parents pourra intervenir l'isolation : le couple sera mis à distance par tous procédés verbaux et on assistera à une esquive dans l'identification au petit derrière le mur.

Mais le psychologue qui interprète scrupuleusement son Protocole ne se borne pas aux thèmes exprimés, car ceux qui ne le sont pas sont encore plus importants. C'est pourquoi, une bonne analyse doit s'étayer autant sur la défense du Moi que sur les tendances instinctives. C'est à la jonction qu'on peut apprécier l'importance des conflits, source des troubles de la conduite.

## BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU (D.). — Les méthodes projectives, Coll. : SUP-Le Psychologue, nº 9, P.U.F., éd., Paris, 1973, 4e éd. mise à jour, 320 p., Bibl. de chapitre.

BEIZMANN (C.). — Le Rorschach de l'enfant à l'adulte. Etude génétique et clinique, Coll. : Actualités Pédagogiques et Psychologiques,

Delachaux et Niestlé, éd., Neuchâtel, 1974, 2e éd. remaniée et augmentée, 342 p., Bibl. 9 p.

BINET (A.). — Etude expérimentale de l'intelligence, A. Costes, Paris, 1903.

BINET (A.) et SIMON (Th.). — La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants, Publications de la Société Alfred BINET, Ed. Bourrelier, Paris, 1954, 8e éd., 120 p.

BRUNET (O.) et LEZINE (I.). — Le développement psychologique de la première enfance. Paris, P.U.F., 3e édit., 1971.

CESSELIN (F.). — Comment évaluer le niveau intellectuel. Adaptation française du test TERMANN-MERRILL, 1937 (measuring Intelligence), Bourrelier, éd., Paris, 1952, 2e éd. remaniée, 142 p.

CHILAND (C.). — L'enfant de six ans et son avenir. Etude psychopathologique, Coll. : Collection de la Psychiatrie de l'Enfant, P.U.F., éd., Paris, 1971, 416 p., Bibl. 10 p.

DEBIENNE (M.-C.). — Le dessin chez l'enfant, Coll. SUP - Paideia, P.U.F., éd., Paris, 1973, 124 p., Bibl. 202 réf.

DECROLY (O.) et BUYSE (R.). — La pratique des tests mentaux, Coll. : Bibliothèque de Psychologie de l'enfant et de Pédagogie, n° V, Librairie F. Alcan, Paris, 1928, 402 p., Bibl. 57 réf.

DELAY (J.), PICHOT (P.). — Abrégé de psychologie, Masson et Cie, éd., Paris, 1969, 3e éd., 2e tirage, 490 p.

FAVERGE (J.M.). — Méthodes statistiques en psychologie appliquée, 3 vol., Coll. : Bibliothèque Scientifique Internationale, Section Psychologie, P.U.F., éd., Paris, 1954, 508 p.

FEDIDA (P.). — Perception et compréhension cliniques en psychologie ; instrumentalités et concepts, Bulletin de Psychologie, Paris, n° spécial, 1968, n° 270, T. XXI, Fasc. 15 - 19.

FOUCAULT (M.). — Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical, Coll. : Galien, P.U.F., éd., Paris, 1963, 214 p., Bibl. 9 p. 1/2, 250 réf.

GUILLAUMIN (J.). — La dynamique de l'examen psychologique. L'analyse de l'interaction dans une situation de face à face, P.U.F., éd., Paris, 1965, 438 p., Bibl. 44 p.

IFF (W.). — Investigation psychométrique des aptitudes humaines, Bulletin de Psychologie, Numéro Spécial 1965, 98 p., Bibl. 4 p. 1/2.

INIZAN (A.). — Le temps d'apprendre à lire. Opportunité et durée de l'apprentissage de la lecture, Coll. Carnet de Pédagogie Pratique, n° 310. Librairie A. Colin, Paris, Nouvelle éd., 1967.

LAGACHE (D.). — L'unité de la psychologie, Coll. : SUP - Le Psychologue, n° 40, P.U.F., éd., Paris, 1969.

LEIF (J.), DELAY (J.), GUILLARME (J.-J.), JUIF (P.). — Psychologie et éducation, Tome 3 - Notions de psychométrie, F. Nathan, éd., Paris, 1971, 146 p., Bibl. 1/2 p.

LEZINE (I.). — Les échelles de développement psychomoteur. In « propos sur le jeune enfant », Mame, édit, 1974, p. 35-58.

MAUCORPS (P.-H.), BASSOUL (R.). — Empathies et connaissance d'autrui, Coll. : Monographies Françaises de Psychologie, n° 3, C.N.R.S,. éd., Paris, 1960, 94 p., Bibl. 37 réf.

MERLEAU-PONTY (M.). — Maurice MERLEAU-PONTY à la Sorbonne, Résumé de ses cours établi par les étudiants et approuvé par lui-même. Avant-Propos de H. DAMISCH, Bulletin de Psychologie, Paris, Tome XVIII, Fasc. 3-6, 1964.

MOOR (L.). — La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile, Masson et Cie., éd., Paris, 1973, 3e éd. revue et complétée, 272 p., Bibl. de chapitre.

MUELLER (F.L.). — La psychologie contemporaine, Payot, éd., Paris, 1963.

PERRON (R.). — La situation d'examen psychologique en tant que mise à l'épreuve de la valeur personnelle, Bulletin de Psychologie, Paris, Paris, Numéro Spécial 1968, n° 270, Tome XXI, Fasc. 15-19.

PERRON-BORELLI (M.)., PERRON (R.). — L'examen psychologique de l'enfant, Coll. SUP - Le Psychologue, n° 41, P.U.F., éd., Paris, 1973, 2e éd. revue et mise à jour, 240 p., Bibl. 9 p.

PIAGET (J.), INHELDER (B.). — La psychologie de l'enfant, Coll. : Que sais-je ?, n° 369, 128 p., Bibl. 15 réf.

PICHOT (P.). — Les tests mentaux en psychiatrie, I. Instruments et méthodes, Coll. : Bibliothèque de Psychiatrie, P.U.F., éd., Paris, 1949, 238 p., Bibl. 4 p.

PICHOT (P.). — Les tests mentaux, Coll. : Que sais-je ?, n° 626, P.U.F., éd., Paris, 1971, 8e éd., 128 p., Bibl. 11 réf.

PIERON (H.), PICHOT (P.), FAVERGE (J.-M.), STOETZEL (J.). — Méthodologie psycho-technique, Tome II du Traité de psychologie appliquée, P.U.F., éd., Paris, 1952, 340 p.

PIERON (H.) et Coll. — Traité de psychologie appliquée, P.U.F., éd., Paris, 1960, 3 vol. reliés, 1790 p., Bibl. de chapitre.

PIERON (H.) et Coll. — Vocabulaire de la psychologie, 4e éd. remaniée et augmentée sous la direction de F. BRESSON et G. DURUP, P.U.F., éd., Paris, 1968, 574 p.

PLANCHARD (E.). — Théorie et pratique des tests. Editions Nauwelaerts, Louvain, et Béatrice-Nauwelaerts, Paris, 1972, 384 p.

RAUSCH de TRAUBENBERG (N.). — La pratique du Rorschach, Coll. : SUP - Le Psychologue, n° 42, P.U.F., éd., Paris, 1970, 208 p., Bibl. 52 réf.

RAUSCH de TRAUBENBERG (N.) et BOIZOU (M.F.). — Le Rorschach en clinique infantile. L'imaginaire et le réel chez l'enfant. Dunod, Paris, 1977, 345 p., Bibl. 2 p.

RAVEN (J.C.). — Matrix 1938 (Progressives Matrices, Séries A, B, C, D, et E), Manuel d'instructions et étalonnages réunis et traduits par A. ANCELIN-SCHUTZENBERGER, Ed. Scientifiques et Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, 1964, 1970, 46 p., Bibl. par année 9 p. 1/2.

REUCHLIN (M.). — Histoire de la psychologie, Coll. : Que sais-je ?, n° 732, P.U.F., éd., Paris, 1972, 8e éd. mise à jour, 128 p., Bibl. 1 p.

VESSEREAU (A.). — La statistique, Coll. : Que sais-je ?, n° 281, P.U.F., éd., Paris, 1972, 12e éd., 128 p.

WECHSLER (D.). — La mesure de l'intelligence de l'adulte, Coll. : Bibliothèque Scientifique Internationale - Sciences Humaines, Section Psychologie, P.U.F., éd., Paris, 1967, 3e éd. de la traduction française, 292 p.

WIDLOCHER (D.). — L'interprétation des dessins d'enfants, Coll. : Psychologie et Sciences Humaines, n° 9 Dessart, éd., Bruxelles, 1965, 286 p., Bibl. 5 p.

ZAZZO (R.), GILLY (M.), VERBA-RAD (M.). — Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence. Test de développement mental pour enfants de 3 à 14 ans, Librairie Armand Colin, éd., Paris, 1966, 2 vol., Tome I : 190 p., Bibl. 23 réf., Tome II : 92 p.

ZAZZO (R.) et Coll. — Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant, Coll. : Actualités Pédagogiques et Psychologiques, Delachaux et Niestlé, éd., Neuchâtel, 1969, 3e éd. revue et augmentée, 2 vol., 852 p.

# AUTRES EXAMENS PARACLINIQUES

Dans un certain nombre de cas, les données de l'anamnèse et de l'examen de l'enfant invitent à demander des examens complémentaires dans le but soit de préciser, de confirmer ou d'infirmer l'impression clinique, soit de mettre en évidence une cause précise dans tel tableau clinique.

## I - L'ELECTRO-ENCEPHALOGRAMME

Complément indispensable de la clinique dans un certain nombre de troubles de l'enfant (convulsions, crises comitiales, altérations de la conscience de causes diverses etc.) l'électroencéphalographie est une méthode fort utile, à condition d'interpréter correctement les tracés et de confronter ses données à celles de la clinique.

*L'interprétation des E.E.G. d'enfants* requiert en effet d'autres critères que ceux qui sont habituellement utilisés chez l'adulte. « Le concept de normalité électroencéphalographique, déjà critiquable chez l'adulte, l'est encore beaucoup plus chez l'enfant, chez lequel l'immaturation physiologique implique un équilibre biologique encore instable, une réactivité accrue aux facteurs non seulement endogènes mais exogènes, mais aussi une plasticité plus grande aux mesures correctives adéquates » (G.C. Lairy).

*Dans l'épilepsie* (cf. le chapitre consacré à l'épilepsie dans le volume II), l'E.C.G. peut apporter en période intercritique, des informations tout à fait fondamentales et indispensables :

— figures paroxystiques, dont les caractères topographique et morphologique permettent conjointement aux données cliniques, de définir les formes électro-cliniques d'épilepsie (épilepsies généralisées avec notamment le Petit Mal, ses absences et son aspect électrique très caractéristique de pointes-ondes lentes à 3 cycles-seconde, bilatérales et synchrones ; épilepsies partielles ou focales, soit temporales avec leur activité automatique, soit à paroxysmes rolandiques avec leur contracture d'une hémiface, par exemple) ;

— rythme de fond, dont il est important d'apprécier le degré d'intégrité ou de désorganisation par rapport à la crise (par ex. en cas d'encéphalopathie convulsivante ou de souffrance cérébrale liée à une tumeur etc...) ;

— relations figures-fond et conditions de déclenchement des décharges paroxystiques (réactivité aux épreuves d'hyperpnée, de stimulation lumineuse intermittente, de sommeil, aux afférences sensorielles, aux situations émotionnelles...). Les enregistrements télé-électro-encéphalographiques prolongés sont très intéressants sur ce dernier point.

*En l'absence d'un contexte clinique d'épilepsie,* l'E.E.G. met parfois en évidence des aspects particuliers : ondes lentes postérieures bilatérales synchrones ou asynchrones, décharges paroxystiques diffuses voire focalisées (foyers de pointe) par exemple.

Les premières sont souvent le signe d'une immaturation ou d'une dysharmonie E.E.G.

Quant aux décharges paroxystiques, elles invitent évidemment à vérifier avec le plus grand soin l'absence d'une comitialité clinique actuelle, avant de les relier, comme l'ont montré un certain nombre de travaux, à des perturbations du contrôle émotionnel ou de la sphère tonico-motrice.

Rappelons la règle « de ne pas soigner le tracé », de ne pas entreprendre un traitement anti-comitial en raison d'aspects particuliers de l'E.E.G. tels que ceux qu'on vient de décrire, en l'absence de manifestations cliniques comitiales soigneusement recherchées.

Notons encore l'intérêt des *tracés de sommeil,* d'un point de vue clinique d'abord, notamment chez le petit enfant (l'endormissement paraît être le moment le plus favorable à l'apparition d'anomalies diffuses ou localisées) ; mais encore d'un point de vue général sur le plan de la recherche, de la compréhension, par exemple, des phénomènes nocturnes (énurésie, terreurs nocturnes, somnambulisme etc...) et de l'organisation du sommeil (alternance de phases de sommeil « lent » de profondeur progressive et de phases de sommeil « paradoxal » dites P.M.O., en raison de l'apparition de mouvements oculaires).

On sait les relations qui existent entre les phases de « sommeil paradoxal » et l'apparition des rêves (cf. le chapitre traitant des troubles du sommeil).

## II - L'AUDIOGRAMME

Les indications doivent être larges : suspicion clinique d'un déficit auditif même léger, retards de parole et de langage survenant même en l'absence d'impression clinique de déficit etc.

Grâce aux techniques adaptées aux diférents âges, si l'examen est fait dans de bonnes conditions par un audiométriste très entraîné, on obtient des résultats fiables et suffisamment précis, même précocement (dans la première année).

Dans les cas difficiles où malgré la répétition des examens, il n'est pas possible de faire un diagnostic au moyen de *l'audiométrie subjective,* on peut avoir recours à des techniques *d'audiométrie objective* qui sont encore de pratique peu courante mais qui peuvent permettre de trancher.

Ainsi peut-on apprécier l'importance du déficit, lequel peut être léger (seuil compris entre 20 et 40 décibels), moyen (seuil entre 40 et 70 décibels), sévère (seuil entre 70 et 90 décibels) ou profond (seuil supérieur ou égal à 90 décibels).

**Les méthodes subjectives** constituent toujours la première étape et le plus souvent la seule de l'examen audiométrique proprement dit. Elles sont basées sur l'observation des réponses de l'enfant aux stimulations sonores et nécessitent donc un certain degré de coopération de celui-ci. Les réponses de l'enfant dépendent de son âge. Chez les plus jeunes, il s'agit de simples réactions motrices, affectives ou végétatives, souvent réflexes, involontaires, rapi-

dement épuisables, à saisir au vol, demandant une rotation rapide des divers stimuli pour ne pas créer d'habituation. Ensuite au-delà de 15-18 mois, s'établissent les réflexes conditionnés permettant la réalisation d'une courbe audiométrique précise.

Chez l'enfant de moins d'un an, la mesure est donc imprécise ; les réponses à interpréter avec grand soin, n'apparaissent que pour des intensités nettement supérieures au seuil perceptif.

A partir de 15-18 mois environ, on utilise *le R.O.C.* (Réflexe d'Orientation Conditionné). Il s'agit d'un conditionnement du réflexe d'orientation au son par un stimulus visuel ; il s'agit d'amener l'enfant à tourner la tête vers l'une ou l'autre des sources sonores couplées à un petit théâtre dans l'espoir de voir le théâtre s'illuminer. Une fois le conditionnement établi, l'intensité sonore diminue à chaque stimulation ; le seuil est déterminé par la plus faible intensité permettant d'obtenir une réponse.

A partir de 2 ans et demi-3 ans, on peut utiliser *la méthode du peep-show.* Elle consiste également à fournir à l'enfant une récompense à chaque perception auditive, mais dans ce cas, c'est l'enfant lui-même qui la fait apparaître (ici une image amusante pour lui). Cette participation active permet un conditionnement plus solide et des réponses d'interprétation plus facile.

A partir de 5-6 ans, on se retrouve dans les conditions d'audiométrie de l'adulte : l'enfant doit répondre par oui ou non selon qu'il entend ou pas le stimulus sonore.

L'apparition **des méthodes objectives,** électrophysiologiques, a considérablement facilité la détermination des seuils de perception auditive chez les très jeunes enfants, ou en cas de déficit mental, de troubles relationnels majeurs pouvant empêcher l'audiométrie subjective.

Il s'agit d'étudier les potentiels d'action, les potentiels évoqués de la structure nerveuse mise en jeu lors de l'audition ; cela est possible à des endroits divers (la cochlée dans l'oreille interne, le tronc cérébral, le cortex cérébral).

En pratique, on peut utiliser *l'audiométrie électro-encéphalographique,* qui étudie les potentiels évoqués tardifs au niveau du cortex cérébral, créés par des stimulations auditives et enregistrés par une électrode située sur le crâne. *L'électro-cochléographie* enregistre les potentiels recueillis au niveau de la cochlée (oreille interne) à l'aide d'une électrode transtympanique ; cela nécessite une anesthésie générale mais les réponses semblent peut-être plus fiables que pour la méthode précédente.

*L'impédance métrie* dont le principe est très différent (variations de la résistance au son dans l'oreille) permet l'étude du fonctionnement de l'oreille moyenne et ainsi décèle par exemple l'existence de liquide en cas d'otite séreuse chronique, cause très fréquente de légers déficits auditifs chez l'enfant ; elle renseigne aussi sur le nerf auditif lui-même, par l'étude du réflexe stapédien (contraction réflexe du muscle de l'étrier lors de la perception d'un signal acoustique de forte intensité).

## III - AUTRES EXAMENS

Ils peuvent être demandés *en fonction de l'orientation clinique.*

En cas de suspicion d'une affection neurologique cérébrale acquise ou congénitale, des examens complémentaires s'imposent.

Lorsqu'on évoque une néoformation cérébrale (tumeur, abcès, hématome etc...), un fond d'œil, une radiographie du crâne, un gamma-encéphalogramme (à l'aide d'isotopes radio-

actifs), des explorations neuro-radiographiques spécialisées (encéphalographie gazeuse, artériographie), en fait de plus en plus supplantées par *le scanner* ou tomodensitomètre (procédé radiographique très sophistiqué qui donne des images précises des diverses structures intracrâniennes, en plusieurs coupes horizontales successives du cerveau) sont nécessaires.

Une ponction lombaire après fond d'œil avec étude du liquide céphalorachidien s'impose en cas de suspicion d'une affection méningée ou encéphaloméningée infectieuse ou inflammatoire.

En cas de « retard » du développement (voir l'enquête étiologique dans le chapitre « les états déficitaires », dans le II[e] volume), si le contexte clinique est évocateur, des examens para-cliniques, biochimiques notamment (dosages urinaires et sanguins, parfois dans le liquide céphalo-rachidien) mais aussi éventuellement cyto-histologiques (étude des leucocytes sanguins, biopsie de la peau etc...) le rattachent éventuellement à une maladie métabolique congénitale, par troubles du métabolisme protidique (amino-acédopathies surtout), lipidique (neuro-lipidoses etc...) ou bien glucidique (galactosémie etc...), éventuellement encore à une maladie endocrinienne (par exemple l'hypothyroïdie congénitale). Il est essentiel de se rappeler que la phénylcétonurie, amino-acidopathie la plus fréquente, décelée par les tests de Guthrie (en principe systématiquement faits à la naissance), la galactosémie congénitale relèvent le plus précocement possible d'un régime particulier visant à empêcher l'apparition des effets de la maladie ; et que l'hypothyroïdie congénitale relève d'un traitement hormonal (extrait thyroïdien, Thyroxine T4) là encore aussi précoce que possible.

Dans certains cas, un caryotype permet, si cela est nécessaire, de mettre en évidence l'anomalie chromosomique évoquée cliniquement : soit aberration autosomique dont le mongolisme par trisomie 21 est la plus fréquente, soit aberration gonosomique portant sur les chromosomes sexuels, notamment dans les dysgénésies gonadiques du syndrome de Klinefelter (XXY chez l'homme, au lieu de XY) ou de Turner (XO au lieu de XX chez la femme).

En cas de suspicion d'une éventuelle malformation cérébrale, le scanner est particulièrement utile.

Il est par ailleurs important de reconnaître enfin *les récentes possibilités de diagnostic prénatal* des anomalies du fœtus, par ponction amniotique et étude cytologique (recherche d'anomalies chromosomiques) ou biochimique du liquide amniotique (en cas de maladies innées du métabolisme, d'anomalies du développement du tube neural).

D'usage beaucoup plus courant est en obstétrique la pratique de l'échotomographie qui permet de visualiser le fœtus et, en fin de gressesse, de faire le diagnostic de sexe (avec un certain pourcentage d'erreurs cependant). On conçoit qu'un tel examen n'est pas sans répercussions chez la mère, quant à son vécu de la grossesse et de son bébé.

## BIBLIOGRAPHIE


AJURIAGUERRA (J. de). — Les désordres psychiques par atteintes cérébrales connues. In (Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson édit., 1974, 2[e] édit., p. 537-637.

BOUE (A.). — Le diagnostic prénatal des anomalies du fœtus. La Revue de Pédiatrie, 1976, *12*, n° 7, p. 375-380.

ECK (M.), NOVIKOFF (M.Cl.) et BONNET (D.). — L'électro-encéphalogramme en neuropsychiatrie infantile », Baillère, édit., 1973, p. 149-182.

JUNDT (S.), GALLET (J.P.). — Les épilepsies de l'enfant. Expressions cliniques et signification. La Revue de Pédiatrie, 1978, *14*, n° 2, p. 83-88.

LAIRY (G.C.). — L'E.E.G. chez l'enfant de consultation neuro-psychiatrique. In « Cinquantenaire de l'hôpital Henri-Rouselle », édit., Sandoz, 1973, p. 235-255.

LYON (G.) et THIEFFRY (St.). — Eléments d'orientation pour le diagnostic des encéphalopathies métaboliques. La Revue du Praticien, 1975, *25*, n° 33, p. 2661-2677.

MOATTI (L.). — Les investigations audiologiques chez l'enfant. Perspectives psychiatriques, 1975, n° 52, p. 189-194.

RICHARDET (J.M.). — L'épilepsie de l'enfant. La Vie Médicale, 1976, *57*, n° 15-16, p. 911-926.

# ETUDE CLINIQUE

# INTRODUCTION

L'étude clinique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent est divisée en deux parties : l'étude des symptômes d'une part, l'étude des troubles du développement de la personnalité d'autre part.

L'étude des symptômes demande un certain choix. A la limite, n'importe quelle manifestation morbide peut avoir un lien avec la vie psychique. Nous n'abordons ici que des troubles portant directement sur le fonctionnement psychique ou pour lesquels une perturbation du fonctionnement psychique est prédominante. Nous avons réuni les symptômes psychopathologiques sous quatre têtes de chapitre : troubles psycho-moteurs, intellectuels et du langage — troubles à expression somatique — troubles du comportement — manifestations intra-psychiques. Dans chacun des chapitres correspondant nous précisons ce qu'il faut entendre sous ces termes.

L'étude des troubles du développement de la personnalité dans le deuxième volume, reprend sensiblement la classification internationale, qui est proche de la classification utilisée maintenant par de nombreuses équipes en France (cf. le chapitre « problèmes nosographiques » de ce volume II). Certains aspects de psychopathologie infanto-juvénile se prêtent mal à une classification en termes d'organisation psychopathologique de la personnalité. C'est le cas par exemple des troubles psycho-somatiques, des troubles psychiques liés à une atteinte organique, de certains problèmes liés à l'âge. Nous les avons traités dans des chapitres séparés.

La psychopathologie de l'adolescence mérite d'être individualisée. Nous avons donc regroupé dans un chapitre de ce volume II l'étude des troubles psychiatriques qui concernent plus particulièrement cette période.

# TROUBLES PSYCHO-MOTEURS, INTELLECTUELS ET DU LANGAGE

## I - INTRODUCTION. — DISCUSSION DE LA NOTION DE TROUBLE « INSTRUMENTAL »

En matière de psychiatrie de l'enfant, il est banal de constater que l'intérêt se porte généralement plus vers les troubles affectifs que vers certaines perturbations spécifiques du développement. Evaluer un déficit intellectuel, poser l'indication d'une rééducation psychomotrice, orthophonique ou psychopédagogique, paraissent des tâches moins nobles que de discuter de l'opportunité d'une psychothérapie.

Cela tient sans doute à des causes nombreuses. Parmi celles-ci, deux méritent de retenir un instant notre attention. La première, d'ordre clinique, tient à l'apparente inégalité sémiologique de ces domaines respectifs : explorer l'affectivité, c'est entrer dans l'étude des conduites, de leur signification ; c'est envisager la problématique de l'enfant, ses conflits, ses modes de défense contre l'angoisse, ses symbolisations graphiques, ludiques, ses influences familiales etc. Alors qu'explorer les fonctions instrumentales, c'est trop souvent demander un « Q.I. », établir un bilan de langage ou psychomoteur sur quatre ou cinq signes que la routine de l'examen fait apparaître. La deuxième cause, d'ordre plus idéologique, tient à l'apparente odeur d'« organicisme » ou de « mécanicisme » qui se dégagerait d'une telle perspective instrumentaliste.

C'est là bien méconnaître le champ de la psychiatrie de l'enfant. En effet, il existe une sémiologie du déficit instrumental comme il en existe une pour les troubles du développement de la vie affective. Par ailleurs, une approche globale d'un tel déficit, s'efforçant de mettre à jour la part des facteurs relationnels, de l'angoisse de l'enfant dans sa genèse, est seule capable d'aboutir à la mise en œuvre d'une solution thérapeutique appropriée.

En effet, *dans une perspective dynamique du développement psychique de l'enfant, le domaine des fonctions instrumentales,* c'est-à-dire des modes de maîtrise du milieu, des moyens utilisés par un sujet pour se connaître, connaître le monde extérieur, agir sur lui, *ne peut être dissocié de celui de la vie affective.* Les intrications sont ici très étroites. Ceci est important à prendre en considération dans la compréhension du développement affectif ; ainsi l'évolution intellectuelle, l'acquisition du langage sont-elles nécessaires au passage du fonctionnement en « processus primaires » à celui qui utilise les « processus secondaires ». C'est tout aussi important en ce qui concerne la compréhension des développements intellectuel, psycho-moteur et linguistique. Il est clair en effet qu'ici les facteurs liés à *l'investissement* par l'enfant de ces fonctions, pèsent d'un poids très lourd à côté des facteurs liés à *l'équipement* neuro-biologique. L'intégrité de celui-ci est évidemment nécessaire là comme dans l'ensemble de l'évolution psychologique. Les particularités de cet équipement interviennent dans de nombreux aspects du développement : son rythme plus ou moins rapide, certaines modalités de réactivité émotionnelle, etc... Mais les expériences relationnelles, le vécu

affectif de l'enfant lors de la découverte de ses nouvelles possibilités d'action, de manipulation des objets, d'expression verbale, de connaissance etc. sont primordiales quant à son intérêt porté à celles-ci, à son désir de progresser dans ses apprentissages.

*Ainsi, l'ensemble de la personnalité de l'enfant est engagé* dans le développement des grandes fonctions dont nous venons de parler, comme dans leur utilisation.

Il n'est pas suffisant en effet que les fonctions se soient développées et puissent fonctionner ; il faut encore que ce fonctionnement soit appliqué aux objets extérieurs et dans la relation à autrui ; bref, que l'enfant ait envie de tels échanges et y trouve du *plaisir.*

⁂

Différentes conceptions psychodynamiques s'efforcent de rendre compte des très profondes interrelations entre la vie affective et le développement « instrumental ».

Ainsi, il est intéressant de rappeler la place importante que H. Hartmann et les membres de l'école américaine dite structuraliste (dans un sens différent de celui du courant de pensée influencée par J. Lacan) de l'« Ego Psychology » accorde aux fonctions instrumentales dans le processus d'organisation du Moi. Dans cette conception, les fonctions mentales comme l'intelligence, le langage, la motricité constituent en quelque sorte la base physiologique du moi ; leur rôle ne se limite pas à une simple fonction d'outil que le moi trouve à un moment donné ; elles entrent dans sa constitution ; leur rythme de développement marque celui du développement du Moi (le grasping, la marche, le langage par ex.). Pour Hoffer, le système bouche-main constitue peut-être le premier noyau instrumental du Moi. Les rapports entre le développement du Moi et de ces fonctions instrumentales sont donc considérés comme particulièrement étroits. Certes, ces vues ont fait l'objet de réserves et de critiques mettant l'accent par exemple sur le fait que dans une telle perspective, la notion de Moi est trop élargie et recouvre à peu près celle de personnalité, réserves rappelant encore que les fonctions adaptatives entrent au service du Moi, mais n'entrent pas directement dans son organisation. Néanmoins, elles ont le mérite de rendre compte de certains faits d'observation clinique, comme on va le voir.

C'est plus dans la perspective d'opérations défensives du Moi face aux angoisses schizo-paranoïdes et surtout ici dépressives, que M. Klein et les kleiniens abordent ce problème des troubles instrumentaux. Ainsi, par exemple, face à des difficultés dans l'établissement d'une relation d'objet global, permanent et dans l'intégration de la position dépressive, le recours privilégié à des mécanismes de clivage de l'objet, de déni, d'identification projective vont aboutir à une mauvaise différenciation du Soi et du non-Soi et à des perturbations dans le domaine cognitif et l'accession à la fonction symbolique. Nous avons vu aussi lors de l'étude du déloppement de l'intelligence le point de vue de Bion sur le développement de « l'appareil à penser les pensées » dans la relation à la mère.

Certains travaux récents s'efforcent de situer les possibles perturbations « instrumentales » dans la perspective de failles narcissiques précoces, de l'établissement d'un sentiment de Soi précaire et fragile et de leurs conséquences, par exemple, face aux échecs fortuits dans les apprentissages.

Il est intéressant dans cette discussion de se rapporter à l'article récent de D. Flagey qui insiste sur trois aspects psychodynamiques du développement de ces troubles : des failles narcissiques importantes, la non-intégration de l'agressivité archaïque, l'altération des possibilités de mentalisation bloquant l'élaboration fantasmatique et la voie de sublimation des

pulsions, tout ceci entraînant un écrasement de cet espace transitionnel où se joue la rencontre du sujet et du monde extérieur.

⁂

Quoi qu'il en soit, la psychopathologie nous donne de nombreux exemples de troubles plus ou moins graves de l'élaboration de la personnalité où sont notés de tels troubles « instrumentaux » : ainsi les états psychotiques précoces avec leurs perturbations massives dans l'accession au langage, certains états prépsychotiques ou certaines dysharmonies d'évolution avec leurs troubles du schéma corporel, leur dyspraxie, leurs difficultés cognitives ; certaines situations d'échecs dans les apprentissages scolaires (lecture, calcul) associés à des particularités plus fines du fonctionnement mental, etc. Les perturbations « instrumentales » et affectives y sont tellement liées qu'il est bien difficile sinon illusoire de dire où est le primum movens, au moment où on voit l'enfant. Cela nous amène à rappeler la notion de surdétermination d'un trouble et le fait qu'à côté des facteurs qui ont contribué à son apparition, il y a ceux qui ont entraîné son maintien, le fixent. La prise en considération de ces derniers est souvent très importante d'un point de vue thérapeutique pour la levée du trouble.

Ainsi, en pratique, il y a lieu de toujours essayer de situer le trouble dans l'ensemble de la vie psychique de l'enfant, de son fonctionnement mental ; cela nécessite parfois d'observer l'enfant au cours d'une relation thérapeutique suffisamment longue. C'est quelquefois à ce prix que l'on peut s'orienter au mieux vers tel type d'abord rééducatif ou pédagogique dont il n'est guère besoin de souligner l'importance du versant relationnel, ou vers tel type d'abord psychothérapique.

## BIBLIOGRAPHIE

DIATKINE (R.). — La pratique des rééducations en psychiatrie infantile. In « Cinquantenaire de l'hôpital Henri-Rousselle », Lab. Sandoz, édit., 1973, p. 190-199.

FLAGEY (D.). — L'évolution du concept de troubles instrumentaux. Psychiat. Enfant, 1977, *20*, 2, p. 471-492.

LANG (J.L.). — Les dysharmonies d'évolution. In « Aux frontières de la psychose infantile », P.U.F., 1978, p. 125-188.

## II - LES TROUBLES PSYCHO-MOTEURS

Certains troubles moteurs (certains retards psycho-moteurs, certaines hypotonies ou hypertonies, maladresse, instabilité, inhibition,tics, etc.) ont une dimension psychique notable et proviennent des relations étroites qu'entretiennent la motricité et la vie mentale, tant cognitive, intellectuelle qu'affective. Ces troubles psycho-moteurs se manifestent à la fois, comme le souligne J. Berges :

— dans la façon dont le *corps est engagé dans l'action :* initiative motrice, stratégie du geste pour atteindre le but fixé, déroulement harmonieux et adéquat du *mouvement ;*

— dans la façon dont *le corps est engagé dans la relation avec autrui :* posture, attitude, mimique, manière de faire et d'être devant le comportement et le regard des autres. Les modifications toniques, posturales, motrices que ceux-ci déclenchent, sont responsables en partie de la façon dont le corps est éprouvé par le sujet, d'un vécu plus ou moins pénible ou agréable.

Ainsi doit-on prendre en considération, non seulement le mouvement, le geste, mais aussi ce sur quoi le mouvement se greffe, c'est-à-dire l'état tonique de fond, de repos, dont on sait, à la suite de H. Wallon, qu'il est très lié aux diverses afférences venant de l'environnement ; ne parle-t-il pas d'un « dialogue tonique » involontaire, s'instaurant bien avant tout échange verbal, entre le sujet et une personne en présence. Le double versant de la *posture* et de la *motricité* proprement dite est donc à explorer dans chaque cas.

Affectant le corps, l'état musculaire, les réalisations motrices, *les troubles psycho-moteurs doivent être situés par rapport aux troubles neurologiques* proprement dits.

Comme le souligne J. de Ajuriaguerra, « les désordres psycho-moteurs ne répondent pas à une lésion en foyer comme dans les syndromes neurologiques classiques... ils ne présentent pas les caractéristiques de dérèglement d'un système défini... ils sont chez un même individu, intimement liés aux afférences et aux situations ». Les troubles neurologiques de l'Infirmité Motrice Cérébrale (par exemple déficit moteur, troubles spastiques, athétosiques etc.) ou de toute autre atteinte du système nerveux central ou périphérique sont à bien distinguer des troubles psycho-moteurs.

Il est clair évidemment que la motricité, même dans sa dimension la plus psychique, dépend de l'équipement neuro-anatomique de base, de l'état des structures anatomiques du système nerveux central, de la maturation de celles-ci. En pratique, chez tout enfant ayant des perturbations motrices, il y a donc lieu de prendre en considération son éventuel versant neurologique d'une part et sa dimension psychique d'autre part. Il s'en faut d'assez loin que le partage soit facile à faire dans un certain nombre de cas.

D'un point de vue thérapeutique, certaines techniques de traitement se proposent de s'adresser préférentiellement à l'aspect psycho-moteur des troubles tonico-moteurs. *Ces thérapeutiques psycho-motrices,* rééducations psycho-motrices, relaxations, méthode d'expression corporelle, etc. sont de plus en plus employées chez l'enfant, à propos de désordres moteurs manifestes mais aussi de bien d'autres perturbations, certaines difficultés scolaires, troubles du comportement...

Dans ce chapitre, nous allons aborder essentiellement les principaux troubles du comportement à expression motrice, en nous centrant sur les perturbations tonico-motrices, celles de la structuration spatiale et temporelle ou de la connaissance de soi qu'ils impliquent. Auparavant une brève observation clinique va illustrer l'importance de la vie relationnelle dans le développement psycho-moteur.

OBSERVATION CLINIQUE

C'est le frère de Madame L..., étudiant en médecine iranien, qui a pris l'initiative de la consultation, en raison du « retard » de sa nièce Faridé, âgée de 18 mois. Il les a d'ailleurs accompagnées en France. Le père est resté en Iran avec ses deux autres enfants (une fille de 10 ans, un garçon de 9 ans).

Madame L... reste très en retrait pendant cette consultattion et c'est surtout son frère qui nous fait part de ses inquiétudes. « Faridé a toujours été une petite fille sage qui ne pleurait pas... ». A 7 mois, on a découvert une luxation congénitale de la hanche droite. Cela a entraîné une hospitalisation de près d'un mois, et dans un deuxième temps un plâtre (prenant le bassin) qui a été maintenu plusieurs mois. Faridé ne marche pas, tient mal assise, ne commence pas à parler, est hypotonique selon lui et il s'en inquiète. Bien qu'un pédiatre iranien n'ait rien trouvé de particulier, il souhaiterait une hospitalisation pour bilan.

On apprend encore que Faridé a toujours eu une alimentation difficile, qu'elle a eu du mal à téter aussi bien sa mère que le biberon, qu'il a fallu « très tôt » la nourrir à la cuillère ; elle dort bien mais « si on la laisse tranquille, elle s'endort facilement... ». Depuis 3-4 mois, il y a eu certes des progrès selon cet oncle qui découvre, en en parlant, que cela semble correspondre au fait que Madame L. a arrêté son travail (elle est dans une administration) pour s'occuper de sa fille. Ce sont en effet trois bonnes dans la journées qui se sont succédées pour s'occuper de celle-ci depuis la naissance. Madame L. bien que n'intervenant guère est très attentive à ce que dit son frère et précise que depuis 3 ou 4 mois Faridé est en effet plus éveillée, qu'elle commence même à dire maman, papa... Elle évoque brièvement mais avec beaucoup d'émotion l'épisode de l'hospitalisation vers 7-8 mois qui l'a « beaucoup frappée » et c'est là qu'elle a décidé de s'occuper de sa fille.

L'examen de Faridé montre une petite fille menue, qui tient bien assise, très présente, dont les échanges par le regard, les gestes, avec sa mère comme avec son oncle, sont tout-à-fait évidents. A plusieurs reprises, elle prononce même maman et quelques phonèmes avec beaucoup de plaisir. Lorsque nous l'approchons, elle se met à pleurer, visiblement inquiète. Elle tient, soutenue sous les aisselles, quelques instants debout. La préhension des objets est tout à fait normale ; elle prend même un crayon et ébauche un gribouillis. L'examen neurologique ne montre pas d'anomalie des réflexes ostéo-tendineux, pas de déficit moteur ou sensoriel. L'examen somatique général est normal ; il n'y a pas de rachitisme. Ceci dit, elle est nettement hypotonique.

Compte tenu de l'évolution spontanée depuis 3-4 mois, après que le plâtre ait été enlevé et que sa mère ait été amenée à s'en occuper personnellement, nous pensons que les difficultés de développement sont à mettre sur le compte des effets conjugués d'une certaine carence de « soins maternels » et d'une immobilisation prolongée. Dans ces conditions, une nouvelle hospitalisation serait très malvenue.

Nous suggérons donc de revoir Faridé dans 4 mois, ce qui fut fait : l'évolution était alors très satisfaisante sur tous les plans ; Faridé commençait à marcher, quoiqu'encore tenue par la main ; Madame L. notait par ailleurs des manifestations d'attachement anxieux à son égard, ce qui semblait la gratifier. A cette occasion, Madame L. a pu dire combien elle avait eu du mal à investir cette petite fille venue longtemps après les deux aînés, alors qu'elle avait repris une activité professionnelle qui l'intéressait beaucoup.

## A) LA MALADRESSE

La notion de maladresse, tirée du langage courant, est imprécise. Elle est ordinairement appliquée à des difficultés mineures, gênantes pour le sujet, irritantes ou décevantes pour l'entourage. **La dimension relationnelle** est évidente dans la plupart de ces cas ; il est fréquent en effet que la maladresse de l'enfant signe son malaise et ses problèmes d'adaptation au milieu familial ou scolaire. La gêne, la « gaucherie », la crainte, une certaine agressivité plus ou moins consciente peuvent troubler les actes, les gestes de tel ou tel. A une observation attentive, ces enfants se signalent par une fluctuation considérable de l'efficacité gestuelle selon les circonstances. Il faut en distinguer ceux chez qui la maladresse est constante, majeure, localisée ou diffuse et exige volontiers une thérapeutique psycho-motrice spécifique. On peut être amené alors à prendre en considération trois grands types de syndromes dans lesquels s'intègre la maladresse.

1) **Les troubles de latéralisation** représentent une première éventualité.

Les notions de préférence manuelle, de dominance latérale, ont été abordées lors de l'étude du développement psycho-moteur. Rappelons ici simplement que c'est vers 3-4 ans ou un peu plus tard, que la latéralisation (à droite ou dextralité, à gauche ou sénestralité) semble s'établir de façon nette chez la plupart des enfants.

Pourtant, à cet âge, à côté de véritables droitiers (plus de la moitié) et gauchers (pas plus de 10 %), il existe encore des enfants ambidextres, non encore latéralisés franchement, qui se latéraliseront plus tard vers 6-7 ans, la plupart à droite, un petit nombre restant spontanément « mal latéralisés ».

Il est évident que ce ne sont pas chez les droitiers homogènes pour qui les latéralités d'utilisation (gestes courants), gestuelle spontanée (activités inhabituelles telles que par exemple croiser les bras tendus, le membre dominant passant en dessus du côté mineur) et tonique (tonus un peu plus marqué du côté dominant) sont à droite au niveau des M.S., des M.I. comme des yeux, que l'on va invoquer des problèmes de latéralisation à l'origine d'une éventuelle maladresse ; non plus chez les enfants fortement droitiers même s'il existe un certain degré de discordance entre latéralité usuelle (à D) et gestuelle spontanée (parfois à G).

Il est tout aussi évident que les gauchers homogènes sont capables de leur côté dominant de réalisations motrices de qualité analogue à celles d'un droitier. Il faut reconnaître cependant que, même en l'absence de contrainte volontaire du milieu familial ou scolaire, *la sénestralité* peut être vécue à un certain niveau comme anormale, ce, par l'enfant comme par son entourage, et donc être conflictuelle, avec des conséquences possibles sur la réalisation motrice ; il n'est, pour se convaincre du poids d'un jugement social assez négatif sur la sénestralité, qu'à noter que dans le langage courant, « gaucherie » signifie à la fois latéralisation à gauche et maladresse. Cela n'empêche pas certains gauchers de surcompenser leur « anomalie » et d'être particulièrement adroits, dans certains sports par exemple.

*Une latéralisation tardive ou insuffisante* accompagnée volontiers alors d'une organisation spatiale et d'un schéma corporel mal intégrés, risquent par contre de retentir non seulement sur des activités précises et fines, comme l'écriture mais sur la motricité générale. L'organisation gestuelle, en effet, suppose la différenciation et la complémentarité fonctionnelle des deux mains ; de même l'élaboration du schéma corporel et de la représentation spatiale s'appuient sur cette asymétrie fonctionnelle motrice.

*Devant un enfant présentant un problème de latéralisation, la conduite à tenir* peut être la suivante :

— rappeler la règle de laisser l'enfant libre de choisir sa main préférée pour les *activités usuelles ;*

— en ce qui concerne l'apprentissage de *l'écriture,* en principe réellement commencé en Cours Préparatoire, vers 6 ans (en grande Section de Maternelle, c'est plus un apprentissage graphique qui est esquissé) :

§ si l'enfant est franchement gaucher, l'apprentissage va se faire habituellement à gauche ; quelques conseils spécialisés concernant la tenue du stylo, la position de la main G. et du membre supérieur, sont parfois nécessaires dans la mesure où l'écriture de gauche à droite pose quelques problèmes spécifiques au gaucher ; bien entendu, si l'enfant désire écrire de la main droite, cela ne pose généralement pas ou peu de problèmes que cet apprentissage se fasse progressivement à D ;

§ si l'enfant est « mal latéralisé » (latéralités usuelle, gestuelle et tonique difficiles à systématiser), ne pas réaliser un apprentissage de l'écriture trop précoce, tester l'habileté

graphique et sauf grande incapacité de la main D., l'apprentissage doit se faire à D., surtout s'il existe des troubles de l'organisation spatiale, en tenant compte là encore bien sûr, de la coopération de l'enfant ;

§ en cas de « latéralité pathologique », c'est-à-dire en cas d'atteinte neurologique unilatérale (d'origine néo-natale, comme dans certaines infirmités motrices cérébrales, certaines paralysies obstétricales ; ou d'origine post-natale, dans certaines poliomyélites antérieures aiguës par exemple) il est contre-indiqué de conseiller l'apprentissage du côté déficitaire, même si c'est le côté droit.

Dans tous les cas un peu difficiles, *une « rééducation » grapho-motrice associée à un apprentissage de la détente tonico-motrice,* ou bien *une rééducation psycho-motrice,* comportant alors une action au niveau du schéma corporel et de l'intégration spatio-temporelle, sont nécessaires.

OBSERVATION CLINIQUE

Stéphane vient d'avoir 6 ans. Il est emmené en consultation par ses parents pour « un problème de gaucherie ». Son père, chirurgien dynamique à Paris, est inquiet : « Stéphane est gaucher, il commence à écrire de la main gauche, peut-on le faire devenir droitier ?... ».

C'est surtout lui qui semble préoccupé par ce problème. Il explique que dans les gestes usuels, Stéphane se sert surtout de la main gauche, mais pas toujours ; qu'à l'école, en grande section de maternelle, il se sert essentiellement de la main gauche pour recopier les mots que la maîtresse écrit au tableau, mais que quelquefois il dessine de la main droite. Il est amené à dire qu'il a toujours craint d'avoir un enfant gaucher, que « c'est un handicap d'être gaucher » dans un monde fait pour des droitiers ; il prend précisément l'exemple de la chirurgie, son métier, faite pour les « droitiers... les instruments ne sont pas prévus pour les autres ». Madame R. ne dit pas grand-chose, semble même écouter d'un air un peu amusé ou agacé les doléances de son mari ; elle n'en oublie pas pour autant de dire, à un moment, qu'elle est « ambidextre ».

Stéphane est un petit garçon manifestement astucieux et déterminé, soucieux de plaire, ayant un discret problème d'articulation de la parole. Il explique qu'« il est gaucher, qu'il n'y peut rien... ». L'examen psycho-moteur note qu'il fait de nombreux gestes usuels de la main gauche, que pour les gestes spontanés, il utilise plutôt la main droite (distribuer les cartes, croiser les bras tendus : le membre supérieur droit passe au-dessus etc...). Son œil directeur est droit. En définitive, il est tout à fait capable d'utiliser sa main droite mais il est moins précis dans ses gestes. Il faut noter que son graphisme est peu satisfaisant à gauche comme à droite, peut-être un peu meilleur à gauche, avec une mauvaise position du poignet, une difficulté et une lenteur traduisant un certain degré de crispation.

En définitive, on a l'impression, lors de l'examen, d'une latéralisation non franche, encore mal établie. Le choix de la main gauche par Stéphane n'a-t-il pas à voir avec l'attitude très directive, pour ne pas dire autoritaire et rigide, de son père, qui n'a guère cessé de lui dire cette dernière année de se servir de sa main droite ? N'est-ce pas une gaucherie d'opposition sur un fond de latéralisation non franche, sur un fond par ailleurs de relations très œdipiennes avec son père comme avec sa mère, très séduite par son seul fils. Il est clair que tout ce qu'on peut proposer, c'est une aide sur le plan grapho-moteur (à gauche, compte tenu de la détermination de Stéphane) et un apprentissage de la détente tonico-motrice, en essayant par ailleurs au niveau du père de dédramatiser la situation. On voit bien dans cet exemple en quoi un problème très banal, en l'occurrence de latéralisation, devient le révélateur d'une problématique relationnelle intra-familiale, et en quoi il peut devenir un vrai problème, où l'enfant risque de se sentir de plus en plus enfermé.

2) Le syndrome isolé par Dupré, vers 1910, sous le nom de **« débilité motrice »** est une autre éventualité que l'on peut rencontrer.

Il est caractérisé, outre une maladresse d'un type particulier, par l'association de syncinésies importantes et d'une paratonie nette.

*La maladresse,* importante, ne porte pas tellement sur la précision ou sur la rapidité du mouvement, mais davantage sur l'adéquation de celui-ci à sa tâche ; il y a une organisa-

tion et une harmonie temporelles déficientes des mouvements. Il existe de même une maladresse plus globale, une maladresse d'attitude : démarche lourde et sans harmonie, incapacité à se placer ou se situer devant la tâche, difficultés à l'entreprendre et à la mener à bien.

*Les syncinésies* sont exagérées et diffusantes, ainsi quand on demande au sujet de serrer un poing, il serre les deux (a un âge où cela a normalement disparu) et même plie les bras.

Cela marque une incapacité à individualiser le mouvement. Dupré en rapproche l'exagération des réflexes ostéo-tendineux.

Il existe d'autre part une *paratonie majeure* définie par l'incapacité ou la grande difficulté de la décontraction musculaire active, donnant l'impression de flexibilité cireuse lors de la mobilisation du bras d'un sujet par exemple, et entraînant pour ce dernier une difficulté à abandonner une attitude imposée (les deux mains du sujet, les bras fléchis, reposant dans celle de l'examinateur, lorsque celui-ci annule ce support, les mains restent tendues). Cette paratonie, notion fondamentale et centrale du syndrome mise en évidence par Dupré, est une sorte d'exagération permanente du tonus de fond, une gangue tonique qui enlève donc souplesse et modulation aux contractions du mouvement et vient perturber la liberté de celui-ci. Il est important de souligner que ni la maladresse, ni les syncinésies, ni la paratonie ne sont liées à une atteinte neurologique précise, pyramidale ou extra-pyramidale notamment.

A côté de cette triade symptomatique, on note fréquemment et de manière importante des troubles du schéma corporel et de la représentation spatiale. Par ailleurs aussi une grande difficulté à fantasmer est signalée par J. Berges qui suggère de rapprocher le manque de liberté motrice liée à la gangue tonique et la grande difficulté de ces enfants à remuer des choses dans leur tête (image anticipatrice, activité fantasmatique etc.).

*L'expression débilité motrice ne doit pas prêter à confusion ;* il ne s'agit pas des troubles moteurs (retard de développement moteur, efficience motrice insuffisante par rapport à l'âge etc.) de la déficience mentale, que nous étudions au chapitre Insuffisances Mentales. Dans l'esprit de Dupré, le terme débilité signifie « insuffisance et imperfection des fonctions motrices considérées dans leur adaptation aux actes ordinaires de la vie ». Un tel syndrome qui peut être associé à une déficience intellectuelle mais peut se voir en-dehors d'elle renvoie à une perturbation tonico-motrice fonctionnelle majeure nécessitant la mise en œuvre d'*une thérapeutique psycho-motrice prolongée* avec notamment action au niveau du fond tonique.

3) Dans d'autres cas, c'est une **dyspraxie** infantile qui est mise en évidence : *elle réalise un tableau neuro-psychologique en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation conjointe du schéma corporel et de la représentation spatiale.*

La symptomatologie motrice consiste le plus souvent en une maladresse portant surtout sur l'activité gestuelle (utilisation des objets, des jeux, incapacité à apprendre à faire du vélo, à sauter etc.), en une lenteur, une incapacité d'habillage à 6-7 ans voire plus tard, en une dysgraphie volontiers majeure (à 7 ans passés, l'enfant écrit encore au crayon, d'un graphisme déformé, heurté).

Une latéralisation déficiente, un échec dans l'apprentissage de la lecture, de l'orthographe et du calcul, représentant les traits les plus saillants *des troubles de la structuration spatiale,* objectivés lors de l'examen psychologique par des épreuves comme celles de Bender ou de Rey, mettant en évidence l'incapacité à la construction ou à la reproduction d'un modèle impliquant des relations spatiales.

*Une connaissance et une utilisation très déficientes du schéma corporel* apparaissent lors des épreuves permettant d'appréhender le degré d'acquisition de la connaissance du corps propre, de l'intégration des rapports qui lient chacune de ses parties entre elles et à l'ensemble, la perception de l'orientation dans l'espace du corps propre, la façon dont celui-ci est vécu dans sa relation avec l'examinateur. Les épreuves d'imitation de gestes simples et complexes des mains et des bras (J. Berges et I. Lezine), de dénomination des parties du corps (en tenant compte évidemment des possibilités d'apprentissage liées au milieu familial et scolaire), le dessin d'un bonhomme, représentent quelques-unes de ces techniques. L'examen se propose par ailleurs de préciser l'équipement tonique de fond, de rechercher des syncinésies, une instabilité posturale et motrice, qu'on trouve souvent. Il existe en définitive chez l'enfant dyspraxique, un profond malaise corporel dont on n'a pas de peine à comprendre l'origine, après la description des perturbations précédentes.

*Sur le plan affectif et relationnel, on note des difficultés constantes* au moins en partie réactionnelles à l'intolérance de la maladresse par l'entourage familial ou scolaire (moqueries, tête de turc à l'école, réprimandes) à ces échecs. Ces difficultés se traduisent de manière diverse selon les enfants : attitude infantile et régressive parfois encouragée par l'entourage, instabilité voire agitation ou inhibition, anxiété aux troubles du sommeil etc. Mais à côté de ces symptômes, on rencontre fréquemment un tableau clinique qui frappe parents et maîtres : « cet enfant n'est pas comme les autres », bizarre, naïf, maniéré, surinvestissant parfois le langage ; il frappe par son contact inhabituel et donne l'impression, comme le remarque J. Bergés, « de ne pas être dans le coup », toujours « à côté » de la situation présente. Notre expérience personnelle nous a permis de constater la relative fréquence d'organisations prépsychotiques chez les grands dyspraxiques.

Indépendamment de l'abord psychothérapique éventuel, une thérapeutique psychomotrice visant à une meilleure structuration du schéma corporel et de la représentation spatiale s'impose.

4) A propos des **difficultés graphiques**, il est important de se faire une idée, outre des conditions dans lesquelles a pu se faire l'apprentissage de l'écriture, de l'état tonico-moteur du membre utilisé et de tout le corps, de la latéralisation, du schéma corporel, de l'organisation spatiale du sujet, du sens que prend pour lui ses difficultés d'écriture, de l'attitude de l'entourage familial et scolaire, avant de décider une mesure précise. Là encore, une rééducation psycho-motrice prolongée est parfois nécessaire.

## B) L'INSTABILITE PSYCHO-MOTRICE

L'instabilité est un des motifs de consultation les plus fréquents en psychiatrie infantile : l'enfant est décrit comme ne parvenant pas à fixer son attention, papillonnant d'un endroit à un autre, fatigant l'entourage, s'épuisant lui-même etc. Le terme *hyperkinésie* qui vient des pays anglo-saxons recouvre à peu près la même notion ; il en est de même des expressions « enfant hyperkinétique », « enfant hyperactif ».

La première remarque à faire est qu'une certaine instabilité est physiologique chez l'enfant de 2-3-4 ans voire plus. Cela pose le problème de la *tolérance de l'entourage* à cette instabilité normale comme à toute instabilité. A ce propos, on note souvent des exigences familiales ou scolaires tout à fait disproportionnées à l'âge de l'enfant, ce qui non seulement peut faire considérer comme anormale une attitude de l'enfant qui ne l'est pas, mais aussi contribuer à majorer voire à engendrer une véritable instabilité. La pédagogie traditionnelle

qui exige une attitude d'attention réceptive et de contention motrice plusieurs heures par jour, fabrique un grand nombre de tels instables, et les conditions de la vie urbaine, qui très souvent restreignent très sévèrement les possibilités d'expression motrice, ne font qu'aggraver les choses.

**Le contexte psychique** de l'instabilité est variable.

Dans *les situations génératrices d'angoisse, d'insécurité,* l'enfant « réagit » souvent par un surcroît d'activité motrice, symptôme et défense contre cette angoisse. Il peut s'agir de situations de séparation, de l'existence de tensions ou de conflits intra-familiaux, ou de la survenue d'une maladie physique de l'enfant avec toutes les réactions et l'anxiété qu'elle peut susciter tant chez les parents que chez l'enfant lui-même.

A ce propos, les problèmes que soulève l'association possible de l'épilepsie dite essentielle et de l'instabilité psycho-motrice sont complexes. Il existe plusieurs manières de l'envisager : l'épilepsie et l'hyperkinésie sont sous-tendues par les mêmes facteurs ou bien l'hyperkinésie est secondaire et liée précisément aux vicissitudes d'une interrelation familiale où pèse le poids d'une affection particulièrement angoissante ; les effets secondaires du traitement anti-comitial (Phénobarbital notamment) ne sont certainement pas étrangers non plus dans bien des cas.

L'instabilité peut aussi être expliquée par des situations où s'est installée une dysharmonie dans la communication du fait même des possibilités de l'enfant, qu'il s'agisse *d'un déficit sensoriel* auditif ou visuel ou *d'un trouble instrumental* à type de retard de parole ou de langage par exemple.

L'instabilité psycho-motrice accompagne souvent *des troubles de l'organisation de la personnalité.* La signification de cette instabilité n'est pas univoque. Elle peut venir exprimer une angoisse intense dont l'enfant tente de se protéger par une sorte de fuite en avant permanente, d'activité fébrile, de refus de tout contact prolongé avec autrui, qui confinent à l'excitation, dans certaines organisations où on perçoit bien la dimension dépressive sous-jacente ; c'est le cas d'enfants ayant eu une carence affective précoce importante, ayant par exemple vécu des séparations multiples (placements nourriciers itératifs, etc). Mais elle peut traduire aussi des conduites auto-punitives de l'enfant dans un climat relationnel dont n'est pas absente une note sado-masochiste entre l'enfant et son entourage, au sein d'une organisation névrotique où la culpabilité joue un grand rôle. Elle peut encore exprimer une angoisse profonde et archaïque dans certaines évolutions prépsychotiques ou psychotiques.

Mais chez un bon nombre d'enfants, on ne retrouve pas les données précédentes. L'instabilité apparaît comme un mode d'être moteur et psychologique assez organisé, comme *l'axe central de l'organisation de la personnalité.*

Ces enfants présentent un certain degré de troubles de l'organisation du langage, une pauvreté de l'expression symbolisée des représentations et des affects ainsi qu'un retard ou une dysharmonie des fonctions cognitives (avec des difficultés importantes d'abstraction).

Ceci recouvre deux types d'observations :

— celle d'enfants ayant subi les aléas d'une relation précoce distordue ; des séparations, des symptômes fonctionnels précoces viennent souvent témoigner de cette distorsion. Parfois celle-ci est plus explicite et s'inscrit dans des structures familiales « éclatées » ou manifestement insécurisantes, n'ayant pas permis à l'enfant de constituer une relation d'objet stable et maturante ;

— celle d'enfants où aucun fait relationnel significatif ne semble apparaître ; on parle volontiers alors d'instabilité constitutionnelle. Selon certains auteurs, les notions parfois retrouvées alors d'une hypermotilité très précoce et d'antécédents de « possible souffrance fœtale » doivent faire discuter la part relative des facteurs constitutionnels et d'une « souffrance cérébrale mineure ».

On peut se demander cependant si la notion anglo-saxonne de « dysfonction cérébrale à minima » (Minimal Brain dysfunction) qui voudrait rendre compte d'un grand nombre d'instabilité psycho-motrices, en se fondant sur une conception anatomo-clinique reliant directement le comportement à une hypothétique atteinte cérébrale, ne méconnaît pas la complexité des phénomènes psychiques qui sous-tendent tout un système d'attitudes comme le réalise l'hyperkinésie, et ne voit pas ce que celle-ci traduit le plus souvent, l'existence d'une souffrance psychologique chez l'enfant.

Quel que soit le contexte psychique, l'examen essaie de préciser **les caractéristiques psycho-motrices :** instabilité motrice proprement dite, instabilité posturale associée (l'enfant assis ou debout n'arrête pas de remuer les jambes ou les mains etc.), avec parfois ce que Wallon appelle des réactions de prestance (l'enfant mal à l'aise adopte des attitudes caricaturales, en fait guindées) ; en même temps, il évalue l'ensemble de l'état tonico-moteur. Dans cette dernière optique, J. Berges est amené à opposer deux types d'instables : ceux qui ont un état tensionnel et ceux qui ont un incontrôle émotionnel.

Chez certains enfants, les moins nombreux, on note *un état tensionnel* fait d'une incapacité à se décontracter (paratonie), de l'existence très fréquente de crampes fonctionnelles, d'un vécu pénible par l'enfant de son corps ou de l'action. Sur ce fond d'hyper-contrôle, l'instabilité survient par moments, après une phase de tension générale suivie donc par une explosion ; elle est en quelque sorte la faillite d'un système de contention du sujet. Il est évident que dans tels cas, les mesures coercitives, les critiques ne font qu'aggraver l'état de tension et donc d'instabilité.

Bien plus souvent l'instabilité psycho-motrice peut être rattachée à un *état d'incontrôle émotionnel.* Ce sont des enfants qui au contraire sont relâchés, n'arrivent pas à marcher rapidement, transpirent facilement, ont tendance à la lipothymie, ont le sentiment d'être désarmés physiquement dans certaines circonstances. Leur respiration est superficielle ; ils ont un vécu de fuite, de manque, avec impression de malaise devant les émotions. Quand on les examine, ils apparaissent hypotoniques. C'est dans ce cadre que l'on rencontre les plus grandes instabilités, en particulier *le grand syndrome hyperkinétique* des auteurs anglo-saxons. Tout se passe comme si l'hyper-activité était la seule manière pour l'enfant de percevoir son corps, d'en prendre possession, de le récupérer, un sentiment de perte d'énergie voire d'inexistence étant éprouvé en l'absence de cette instabilité. Il faut noter que très souvent il suffit d'allonger ces enfants pour qu'ils s'endorment. C'est ici, semble-t-il, que le traitement par les amphétamines, peut-être par son action sur la vigilance, a un effet (indirect) sur l'instabilité. Ce traitement très utilisé par exemple aux U.S.A. suscite généralement une grande méfiance en France où on lui préfère, le cas échéant, une thérapeutique sédative (cf. le chapitre « les médicaments » dans le volume II), les éventuels apports d'une thérapeutique psychomotrice, ou psychologique.

### C) L'INHIBITION PSYCHO-MOTRICE

Si l'instabilité fait volontiers l'objet d'une consultation, l'inhibition est par contre généralement bien tolérée, souvent trop bien, tout au moins lorsqu'elle n'est pas très massive.

Sur le plan moteur, elle se traduit par *une lenteur* qui peut-être gênante, lenteur des gestes comme des déplacements du sujet qui donne une impression de retenue. Cette lenteur peut apparaître beaucoup plus manifeste dans certaines activités précises : l'écriture par ex. Il peut s'y associer *une raideur* dans la posture, les attitudes et les mouvements, de *la maladresse, des crampes* fonctionnelles. Un vécu de malaise accompagne habituellement cette immobilité ou lenteur liée à l'inhibition. L'examen peut mettre en évidence un état tensionnel avec un certain degré de paratonie, une contracture musculaire dans certaines attitudes ou mouvements.

Au plan psychique, on note volontiers une inhibition intellectuelle, imaginaire, avec tout un tableau de retenue, de timidité majeure, de passivité, d'hypercontrôle qui renvoie à une crainte du sujet de ses désirs pulsionnels, agressifs ou sexuels. Il est clair qu'au-delà d'une inhibition psycho-motrice nette, il y a *une forte charge d'angoisse et d'agressivité contenue de l'enfant.*

L'abord thérapeutique au niveau physique, psycho-moteur notamment, peut être utile dans certains cas.

## D) LES TICS

Les tics consistent en des gestes brusques, soudains, « en éclair », impérieux et involontaires, répétés à intervalles variables, qui apparaissent comme la reproduction intempestive, stérile, incomplète d'un mouvement sans nécessité objective.

Les tics de la face sont les plus fréquents : tics des paupières, de la bouche, de la langue. Des tics de la tête et du cou (rotation, hochement etc.), des épaules et des membres (haussement unilatéral etc.), des mouvements des mains ou des pieds, du tronc (tressautement) se rencontrent de même très souvent. Les tics respiratoires (reniflement, soufflement ou sifflement, toussotement), les tics phonatoires (bruits divers, sons inarticulés, gloussements, quelquefois aboiements ou cris importants) représentent d'autres variétés plus ou moins associées aux précédentes. Quoi qu'il en soit, *les tics intéressent les muscles ou des groupes musculaires ayant un rôle dans la relation et la communication sociale.*

*Les tics ne surviennent guère avant l'âge de 6-7 ans.* Leur évolution est capricieuse ; ils peuvent apparaître et disparaître spontanément, changer de place, réapparaître de façon intermittente ou s'installer définitivement, être alors mineurs ou peu gênants ou au contraire être très envahissants, majeurs.

Il faut distinguer les tics non seulement des mouvements anormaux neurologiques (choréïques et athétosiques) mais aussi des autres mouvements répétés qu'on peut voir chez l'enfant : rythmies diverses consistant en des mouvements rythmés, réguliers, de la tête et du corps ; mouvements stéréotypés des membres dont le rythme est plus lent, l'apparition moins brusque que dans les tics ; certaines habitudes motrices, elles aussi moins brusques, réalisant un mouvement lui aussi absurde mais complet.

D'un point de vue moteur, on peut dire que le sujet expérimente à travers le tic, une sorte de manière d'être qu'est *l'état tensionnel* (il y a une contraction musculaire) *suivi de la décharge motrice,* dans des conditions psychologiques qu'il y a lieu d'approfondir.

En ce qui concerne le contexte psychique dans lequel surviennent les tics, tous les travaux montrent qu'il est varié. En s'inspirant de M. Mahler, on peut repérer plusieurs éventualités :

— *tics passagers, transitoires,* indiquant un phénomène de tension interne qui s'exprime dans les décharges motrices du tic et apparaît réactionnel à des circonstances actuelles (rentrée des classes, naissance d'un puîné, événement divers, etc.) ;

— *le tic comme conduite* plus ou moins réactionnelle, *en voie d'intériorisation* et de mentalisation, ce qui explique que le tic soit un mouvement incomplet, avorté, la séquence psychique étant en voie de relayer la séquence motrice. A ce propos, M. Malher remarque que le fait qu'un mouvement habituel devienne de plus en plus involontaire et automatique, peut être la marque de l'intériorisation du conflit lié à la consolidation de l'instance répressive interne, le Surmoi, qui dans le cas présent interdit la réalisation manifeste du mouvement. Cela nous conduit évidemment à la 3e éventualité :

— *le tic comme symptôme d'un état névrotique,* donc de conflits intériorisés et structurés.

Il est habituel de considérer que le tic, par son caractère compulsif, éventuellement conjuratoire par rapport à une idée obsédante, renvoie à une problématique anale (tant agressive qu'érotique) et s'intègre volontiers à une organisation névrotique, marquée par l'existence de symptômes obsessionnels (idées obsédantes, rites ou rituels divers), d'un certain degré d'inhibition intellectuelle et de traits de caractère obsessionnel (méticulosité, souci excessif de la propreté, parcimonie etc.). Mais il faut à ce sujet préciser *les rapports complexes existant entre tics et obsessions.* Il est en effet très fréquent d'observer des symptômes obsessionnels mineurs chez un enfant tiqueur, comme chez tout enfant à cet âge d'ailleurs (rituel du coucher, méticulosité, etc.), les tics eux-mêmes ayant un caractère obsédant, ceci en l'absence de toute organisation névrotique proprement dite. Mais les tics peuvent alors déterminer, par les conflits qu'ils engendrent et par l'attitude parentale coercitive, un caractère obsédant pour l'enfant et structurer ainsi sur un mode obsessionnel une situation psychologique conflictuelle préexistante. A l'inverse, les tics peuvent apparaître encore chez des enfants dont l'organisation de la personnalité est plus pathologique et chez lesquels à côté de la symptomatologie d'allure obsessionnelle, on note des difficultés relationnelles importantes, une certaine bizarrerie des conduites, l'expression de fantasmes particulièrement inquiétants, laissant présager une évolution psychotique. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'un certain nombre de cas décrits par Gilles de la Tourette dans son syndrome associant tics multiples, coprolalie, écholalie et évolution déficitaire, étaient des états psychotiques.

Dans quelques cas, c'est plutôt une organisation névrotique hystérique qui apparaît et le tic semble avoir valeur alors de conversion somatique symbolique d'un conflit affectif (à contenu sexuel plus particulièrement) refoulé et survenir dans un mouvement d'imitation et d'identification que permet la plasticité de telle personnalité. Cela peut être le cas de tics apparaissant après une intervention chirurgicale ou après un accident. On ne retrouve pas alors la lutte qui précède le tic, ni l'état tensionnel dont nous avons parlé.

— Reste le problème de ce qui est souvent appelé « *maladie des tics* » ou « *syndrome des tics* » ou encore par les auteurs anglo-saxons syndrome de Gilles de la Tourette, reprenant dans une acception à la fois plus vaste et un peu différente ce que cet auteur Français a réellement décrit (nous venons de le voir) et qui est à vrai dire rare. Les tics sont alors multiples, diffus, éventuellement phonatoires.

Ce syndrome paraît, selon M. Malher, répondre à deux éventualités : dans un premier cas, est notée une organisation pathologique névrotique du caractère, sans symptômes névrotiques vrais, mais avec des traits impulsifs et toute une symptomatologie motrice ; c'est

une véritable « *névrose motrice* » recouvrant une agressivité mal mentalisée. Dans un deuxième cas, la personnalité est plutôt inhibée, déprimée, anxieuse, passive ; le syndrome des tics serait l'équivalent au niveau musculaire d'*une maladie psychosomatique*, c'est-à-dire un authentique dérèglement somatique en rapport avec un état affectif conflictuel prolongé.

Les quelques notions que nous venons d'aborder sont évidemment loin d'épuiser les problèmes posés par les tics. En clinique, il est important de se faire une idée, grâce à une investigation psychologique approfondie, non seulement de la personnalité de l'enfant, du sens agressif ou auto-érotique que peut revêtir le tic, mais aussi du milieu familial, de sa tolérance des tics de l'enfant, de l'existence de tics chez un des parents etc.

Sur le plan thérapeutique, les indications sont fonction de l'ensemble du contexte psychique et familial : conseils (celui notamment non seulement de ne pas réprimander l'enfant, mais de ne pas y prêter attention), thérapeutique psycho-motrice ou relaxation abord psychothérapique, selon les cas. Quant à une éventuelle thérapeutique médicamenteuse (neuroleptiques incisifs, ou médicaments plus « doux »), laquelle ne doit pas être prescrite systématiquement ni de manière prolongée, elle peut avoir l'intérêt d'une fonction apaisante au niveau de la famille qui la réclame, d'une action symptomatique sur les tics, et d'un temps permettant l'éventuelle mise en place d'un autre abord thérapeutique. Il ne faut pas en méconnaître ses inconvénients et ses limites (effets secondaires des médicaments, réapparition des tics lors de leur arrêt, etc.).

## BIBLIOGRAPHIE


AJURIAGUERRA (J. de). — L'organisation psychomotrice et ses troubles. In « Manuel de Psychiatrie de l'enfant », Masson édit., Paris, 1970, p. 235-298.

AJURIAGUERRA (J. de). — Comparaison entre les notions de syndrome d'instabilité psycho-motrice et de syndrome hyperkinétique. In « cinquantenaire de l'hôpital Henri-Rouselle », Sandoz édit., 1973, p. 128-136.

BERGES (J.). — Troubles psycho-moteurs. In R. DEBRE et M. LELONG, Pédiatrie, Edit. Flammarion, Paris, 1970, 1922-1923.

BERGES (J.) et BOUNES (M.). — La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Masson édit, Paris, 1974, 201 p.

BERGES (J.), DOPCHIE (N.), KOUPERNIK (C.) et Mac KEITH (R.). — L'enfant hyperactif (débat). Rev. Neuro-Psych. Infant. 1975, *23*, (10-11), p. 689-700.

BUCHER (H.). — Troubles psycho-moteurs chez l'enfant. Masson édit., Paris, 1970, 233 p.

DEBRAY-RITZEN (P.), BURSZTEJN (Cl.), BARON (D.), MACHER (J.P.) et DEBIEVRE (A.). — L'instabilité psycho-motrice de l'enfant. A propos de 226 cas. Le Journal des Agrégés, 1974, *7*, (11), p. 367-371.

DOPCHIE (N.). — Le syndrome hyperkinétique. Psychiatr. Enfant, 1968, *4*, (2), p. 589-619.

DUGAS (M.), FERRAND (I.), FABIANI (M.) et LEJONC (M.). — L'enfant tiqueur. Rev. Pratic., 1975, *25*, 47, p. 3669-3678.

EISENBERG (L.). — Le traitement de l'enfant hyperkinétique. Médecine et Hygiène, 1974, *32*, p. 1176-1178.

HECAEN (H.). — La dominance cérébrale. La Recherche, 1977, *8*, n° 76, p. 238-244.

LAUNAY (Cl.) et DAVY (Cl.). — Les enfants difficiles. Maloine, Paris, 1969. 364 p.

MAHLER (M.). — A Psychoanalytic evaluation of tic in psychopathology of children. In the psychoanalytic study of the child. Intern. Univ. Press, New York, 1949, vol. III-IV, p. 279-310.

MAZET (Ph.), et SIBERTIN-BLANC (D.). — Conduite à tenir devant les tics de l'enfant. Rev. Médec., 1979, *20*, (8), p. 421-426.

RIE (N.E.). — Hyperactivity in children. Am. J. Dis. Child., 1975, *129*, 7, p. 783-789.

RUTTER (M.). — Lésion cérébrale organique. Hyperkinésie et retard mental. Psychiat. Enfant, 1968, *11*, (2), p. 475-492.

SCHMITT (B.D.). — The Minimal brain dysfunction myth. Amer. J. Dis. Child., 1975, *129*, 11, p. 1313-1318.

WENDER (R.M.). — The minimal brain dysfunction syndrome in children. J. New. Ment. Dis., 1972, *155* (1), p. 55-71.

Psychomotricité. Perspectives Psychiatriques, 1970, n° 29, p. 1-104.

## III - LES TROUBLES INTELLECTUELS

Très généralement, l'étude de la pathologie de l'intelligence n'est abordée que lors de celle des débilités et des arriérations mentales, ou des états démentiels, au risque d'entraîner au moins deux idées fausses : celle que de tels états se réduisent à leurs troubles intellectuels et celle aussi qu'en dehors d'eux, il n'y a pas de désordres intellectuels notables susceptibles d'être pris en considération par le psychiatre ou le psychologue.

Pour cette raison, et pour bien d'autres, une certaine méconnaissance fréquente de la clinique intellectuelle par exemple, il nous a paru indispensable d'individualiser un chapitre consacré aux désordres intellectuels envisagés dans une perspective essentiellement sémiologique, nous réservant le soin de reprendre de manière synthétique dans un chapitre ultérieur (les « états déficitaires », vol. II), l'ensemble du contexte mental (et des problèmes soulevés par sa survenue) dans lequel on peut voir de tels désordres.

Avant de décrire les principales caractéristiques des déficits intellectuels et d'autres troubles de cette sphère : dysharmonie cognitive, inhibition intellectuelle etc., il est utile de faire quelques remarques d'ordre terminologique d'abord, puis d'ordre clinique.

### 1) Problèmes terminologiques

On ne peut que constater la variété terminologique utilisée en ce domaine : retards, arriérations, débilités, déficits, déficiences, oligophrénies, insuffisances, en y accolant le plus souvent indifféremment, intellectuel ou mental. Parallèlement, un usage approximatif de ces termes contribue à augmenter *l'impression de flottement terminologique* laissée par cette variété qui recouvre des notions historiques complexes. Pour qu'une telle impression ne se dégage pas de ce qui va suivre, il est indispensable de préciser le sens dans lequel nous utilisons ces termes, conformément à l'acceptation actuelle la plus habituelle.

Dans leur usage strict, les termes *déficit, déficience* ont une signification purement descriptive, celle d'un constat notant un manque, et ce, quelle que soit son importance (déficit léger ou profond), le contexte psychique actuel, l'histoire de l'enfant.

Le déficit peut résulter d'un défaut de développement, d'acquisition : on parle alors *d'arriération,* notion qui, en pratique, est appliquée aux troubles précoces du développement mental marqués notamment par un déficit intellectuel important. Le déficit peut résulter de la perte secondaire de ce qui était acquis ; on parle de *détérioration* ou encore de démence lorsque le tableau est celui d'une détérioration profonde et globale progressive. En pratique, chez certains enfants jeunes où le début du déficit mental est difficile à situer dans le temps et de toute façon précoce, la distinction n'est pas facile à établir, voire artificielle.

Le terme *débilité mentale* peut être utilisé dans deux sens distincts : au sens restreint, il désigne le degré le moins important de l'insuffisance mentale, « la première zone (de celle-ci), insuffisance relative aux exigences de la société, exigences variables d'une société à l'autre, d'un âge à l'autre » comme le note R. Zazzo. Au sens large, il tend à englober tout le champ de l'insuffisance mentale et donc à se confondre avec cette dernière notion. Pour

notre part, comme beaucoup, nous l'employons dans son sens restreint, préférant le démarquer des états d'insuffisance mentale les plus graves.

Ainsi, la notion *d'insuffisance mentale* recouvre-t-elle tout le champ des insuffisances de développement mental, qu'elles soient majeures (on parle alors plutôt d'arriérations) ou relativement mineures (c'est le champ de la débilité définie plus haut).

Notons que dans tous les états dont nous venons de parler, déficit mental, arriération, débilité mentale, le déficit intellectuel est au premier plan du tableau mais il n'en résume pas la symptomatologie.

### 2) **Quelques remarques préliminaires**

a) *Intelligence, forme et niveau de comportement, adaptation.*

Lors de l'étude du développement intellectuel, l'accent a été mis sur l'utilité en clinique de considérer l'intelligence comme un niveau de comportement, une conduite caractérisée par une certaine capacité d'appréhender et de dominer des situations, des objets éloignés dans l'espace et dans le temps, caractérisée aussi par sa fonction d'adaptation. A ce point de vue, le modèle descriptif proposé par J. Piaget du développement de l'intelligence, dont il dit précisément qu'elle est essentiellement une « adaptation », est fort intéressant et utile en pratique comme modèle de référence. Comme ce dernier a été décrit dans le premier chapitre, rappelons simplement ici que J. Piaget est amené à repérer dans le développement plusieurs étapes au cours desquelles émergent *des comportements de plus en plus élaborés traduisant des possibilités de maîtrise intellectuelle de plus en plus poussée.* Ainsi, après une période dite sensori-motrice (de la naissance à 18-20 mois) durant laquelle l'intelligence est encore une fonction d'adaptation très immédiate, collant au concret et à l'immédiat, sans intériorisation, utilisant surtout les activités de perception et de motricité, apparaissent des possibilités de représentation et d'intériorisation mentales (le sujet peut différer l'action pour penser), les premières activités symboliques (langage, jeu, dessin, conduites diverses), une forme de raisonnement, dit « prélogique » : c'est la période dite préopératoire (de 2 à 6-7 ans); suit la période opératoire et ses nouvelles possibilités de raisonnement logique sur un matériel d'abord « concret », puis « formel », général et abstrait à partir de la préadolescence.

A propos de la notion d'adaptation, notons qu'elle renvoie à deux aspects complémentaires, *celui des possibilités adaptatives du sujet,* celui aussi *des exigences adaptatives de l'environnement* qu'il est fondamental de ne pas méconnaître lorsqu'on envisage une situation dans cette perspective d'adaptation.

b) *Les nécessités de l'examen* sont multiples : l'évaluation clinique et éventuellement psychométrique de l'efficience intellectuelle dans de bonnes conditions doit évidemment être associée à une prise en considération globale de l'enfant, à la fois psychologique (autres troubles instrumentaux, désordres affectifs) et somatique, de son milieu aussi (son degré de tolérance, ses qualités affectives, éducatives, de stimulation etc.). Les données ainsi recueillies doivent être resituées dans l'histoire de l'enfant, et ce, par une étude anamnestique à la fois prudente et nuancée (pour ne pas mobiliser indûment angoisse et culpabilité dans la famille) mais précise ; la dimension évolutive générale des troubles, facteur essentiel du pronostic, est un élément primordial à préciser.

## A) LES DEFICITS INTELLECTUELS

*Bref rappel historique.*

Les enfants présentant un déficit intellectuel qui les rend incapables de répondre de façon adaptée aux exigences de leur milieu de vie, ont été historiquement parmi les premiers « inadaptés » qu'on ait perçus comme dignes d'une attention particulière, à la fin du 18e siècle et au début du 19e siècle, concurremment avec les aveugles et les sourds-muets. Il est utile de souligner que leur étude s'est amorcée d'emblée d'un point de vue tout à la fois pédagogique et médical.

Ce sont évidemment les déficits les plus graves qui ont d'abord frappé les observateurs. Alors que Ph. Pinel, médecin de la Salpêtrière (fin du 18e siècle) ne différencie pas l'« idiotisme » de la démence, Esquirol, un de ses élèves, médecin à Bicêtre puis à la Salpêtrière, donne la définition restée célèbre (Dictionnaire des Sciences Médicales, 1818) : « L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé ; c'est un riche devenu pauvre. L'idiot, lui, a toujours été dans l'infortune » ; il est amené à distinguer, dans le cadre des déficiences graves, cinq niveaux descendants de déficit, sur des critères de langage : les « imbéciles » avec leurs deux degrés ; les « idiots », encore plus gravement perturbés, répartis en trois catégories. Durant tout le 19e siècle, l'accent est mis sur l'éducation de tels enfants ; Itard, Seguin comme instituteur à Bicêtre avant d'aller aux U.S.A., sont à citer parmi bien d'autres.

Ce n'est qu'au début du 20e siècle, lorsque l'a révélé la généralisation de l'obligation scolaire, qu'on s'est interessé réellement au niveau le plus léger du déficit intellectuel, la débilité. Les travaux de Binet et Simon à l'asile de Perray Vaucluse, l'élaboration de « leur échelle métrique de l'intelligence » en 1905, en réponse à une demande du Ministre de l'instruction Publique, visant à repérer parmi les mauvais élèves ceux dont l'échec était imputable à une insuffisance de moyens intellectuels et qui devaient être pris dans des classes spéciales, s'inscrivent dans ce sens. Ce très bref rappel historique n'est là que pour rappeler comment peu à peu, par sédimentations successives (« idiots », « imbéciles », « débiles »), a pris forme dans la nosographie psychiatrique, de manière artificielle, une catégorie de sujets dont, il faut souligner d'emblée *l'hétérogénéité à bien des points de vue, symptomatologique, étiologique, psychopathologique* notamment, pour ne pas donner plus longtemps l'illusion d'une certaine unité groupale.

### 1) Etude clinique

#### a) L'EVALUATION DE L'IMPORTANCE DU DÉFICIT INTELLECTUEL

Elle repose évidemment sur une bonne connaissance du développement intellectuel normal et des possibilités de l'enfant en fonction de son âge. Ainsi le niveau de comportement est apprécié dans les réalisations motrices, l'attitude face aux objets au début, puis dans les diverses conduites quotidiennes, symboliques (jeux, dessins etc.) ou non ; les réalisations linguistiques, les possibilités de raisonnement, les apprentissages scolaires, représentent autant d'éléments qui rendent compte de l'intelligence du sujet... et de bien d'autres facteurs, son état affectif, somatique, ses autres possibilités instrumentales etc. C'est dire toute la prudence qu'il faut avoir lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficience intellectuelle d'un enfant. De manière très schématique et d'un point de vue uniquement descriptif, on peut distinguer les déficits très profonds et profonds des déficits moyens et légers.

• *Les déficits très profonds et profonds*

*En cas de déficit très profond,* le niveau intellectuel, l'âge mental du sujet devenu adulte, ne dépassent pas 2 à 3 ans. Les troubles associés, neurologiques notamment, sont la règle et sont souvent majeurs. *Leurs conduites restent très élémentaires,* ne permettant pas par exemple ou seulement de manière réduite, un début de prise en charge personnelle pour des activités aussi fondamentales que l'alimentation ou le contrôle sphinctérien. *Le langage est quasi-absent ;* ces sujets ne dépassent pas les réalisations sensori-motrices décrites par J. Piaget chez l'enfant de moins de 2 ans. Tout cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas capables de certaines acquisitions mnésiques, motrices, de certains apprentissages élémentaires et bien entendu d'échanges et d'attachements affectifs, parfois très importants lorsqu'on est amené à s'en occuper longtemps.

*Dans les déficits profonds,* l'âge mental du patient lorsqu'il a terminé sa croissance est inférieur à celui d'un enfant de 6 ans. *Les comportements sont plus élaborés et permettent un certain degré d'autonomie personnelle* pour bien des tâches et situations quotidiennes, la parole et le langage suffisamment développés pour permettre une certaine communication verbale, certes encore réduite. Ces enfants sont incapables d'une véritable scolarisation et d'une accession à la communication écrite, même s'ils peuvent péniblement déchiffrer et écrire quelques mots. Leur pensée reste préconceptuelle ou intuitive selon le niveau atteint dans ce développement.

• *Les déficits moyens et légers*

*Le critère scolaire devient prédominant* dans une individualisation générale de ceux-ci. En raison d'un niveau de développement insuffisant (inférieur à 10-11 ans à l'âge adulte) mais aussi de caractéristiques intellectuelles sur lesquelles on va revenir plus loin, toutes choses qui sont tout de même compatibles avec bien des réalisations dans de nombreux secteurs, y compris celui de certains métiers, ce sont des enfants inadaptés à une scolarité normale, nécessitant donc des mesures pédagogiques appropriées pouvant leur permettre d'apprendre à lire, ce qui sur le plan des exigences sociales actuelles est évidemment fondamental. On voit que *ce sont des critères pédagogiques qui contribuent en grande partie à isoler ce groupe.* La pensée reste concrète, ou même en partie prélogique, et n'accède pas aux possibilités d'abstraction, aux opérations dites formelles. Nous n'avons pas besoin, nous l'espérons, de dire à nouveau qu'en réalité les réalisations d'un enfant moyennement ou légèrement déficitaire dépendent de bien d'autres facteurs que ses possibilités intellectuelles, à savoir ses dispositions affectives, ses relations à son entourage, les caractéristiques de celui-ci etc.

b) Des anomalies qualitatives

Elles contribuent encore à caractériser cette intelligence dite déficitaire qui ne semble pas pouvoir être réduite uniquement à un état défini par la lenteur de son développement et son arrêt avant achèvement. Un certain nombre de travaux récents mettent en effet l'accent sur d'autres aspects d'un tel fonctionnement intellectuel.

— Ainsi B. Inhelder, collaboratrice de J. Piaget, insiste *sur les oscillations du raisonnement* des débiles, tout au moins de certains débiles, et leurs effets négatifs quant aux possibilités d'apprentissage et de résolution de certaines tâches. Ainsi selon elle, alors que l'enfant normal passe rapidement par plusieurs systèmes de pensée et se détache chaque fois

aisément du système inférieur, l'enfant déficient poursuit ce développement lentement et garde plus ou moins l'empreinte du système de raisonnement qu'il vient de dépasser ; d'où le risque, bien plus que chez l'enfant normal, d'hésiter entre deux systèmes, et donc entre deux types de réponses en face d'une tâche intellectuelle ; hésitation qui vient donc entraver la réalisation de celle-ci. Ce qui caractérise donc certains enfants déficitaires, conclut B. Inhelder, c'est qu'ils se stabilisent en de « faux équilibres » intellectuels fonctionnellement non satisfaisants, ceci en raison d'« une viscosité génétique », c'est-à-dire d'une plus grande lenteur ou inertie dans leur développement.

— R. Zazzo insiste sur un autre aspect, ce qu'il appelle *l'hétérochronie du développement* de l'enfant débile, à savoir le fait que « l'enfant débile-type se développe à des vitesses différentes suivant les différents secteurs de la croissance psycho-biologique » et qu'ainsi, à l'intérieur de son retard mental global, il y à une inégalité des retards, une hiérarchie de ceux-ci : le retard apparaît en moyenne maximum dans les épreuves d'organisation spatio-temporelle (assise majeure pour l'élaboration du langage et de la pensée symbolique), minimum dans les épreuves dites psycho-motrices, comme le montrent ses travaux et ceux de son équipe sur une population d'enfants ayant un déficit moyen et léger à qui a été appliquée toute une batterie d'épreuves intellectuelles.

— A.R. Luria, neuropsychologue russe, décrit, à partir de l'observation pédagogique mais en l'étayant sur des méthodes de conditionnement verbal, ce qui lui apparaît comme une caractéristique fondamentale des « oligophrènes » (insuffisants mentaux), *l'inertie des processus mentaux supérieurs*, c'est-à-dire des opérations de la pensée : « s'il est difficile d'obtenir que les enfants oligophrènes apprennent quelque chose, il apparaît encore plus difficile qu'ils le désapprennent ». Ainsi un conditionnement verbal complexe, une règle de grammaire, un procédé arithmétique, peuvent être acquis, avec peine, s'ils présentent quelques complexités, mais ceci obtenu, leur transposition, modification, leur annulation temporaire etc. c'est-à-dire toutes modifications d'usage appelées par des circonstances contingentes, apparaissent extrêmement difficiles. Ceci est à rapprocher des remarques de K. Lewin qui caractérisait le fonctionnement mental des débiles comme trop « rigide » ; un débile, disait-il, est un individu trop peu différencié et trop rigide pour son âge réel, d'où une difficulté toute particulière à établir des ressemblances-différenciations, des distinctions fines, la tendance à la pensée en noir et blanc, l'intolérance à l'ambiguïté etc.

Il faudrait encore citer d'autres travaux montrant chez le sujet déficient même léger *l'atteinte particulièrement nette des activités d'analyse catégorielle et de conceptualisation verbale*, démarches par lesquelles la pensée parvient à saisir ce qui est commun dans la diversité du réel, ce qui est essentiel au travers du contingent.

### 2) Etude Psychométrique

a) La mesure de l'intelligence, à l'aide de tests permettant d'obtenir un Q.I. (Quotient d'intelligence) est extrêmement utilisée en pratique et fort utile, si on sait s'en tenir aux informations strictes qu'elle apporte et considérer ses limites. Une certaine évaluation de l'importance du *déficit*, mais aussi de sa *nature* grâce à des épreuves s'adressant à des activités diverses (épreuves verbales, de performance, perceptivo-motrices etc.), est ainsi possible, ce qui a évidemment un intérêt clinique et pédagogique évident. Bien des classifications ont été proposées. Citons par exemple celle de Terman :

0-20 : « idiots » soit déficients très profonds
20-50 : « imbéciles » soit déficients profonds
50-70 : débiles soit déficients moyens et légers
70 : est à la frontière de la normalité
70-80 : zone marginale d'insuffisance comprenant quelquefois des cas de lenteur et plus souvent des cas de débilité.
80-90 : lenteur d'esprit rarement assimilable à la débilité.

Dans les échelles de Wechsler, la limite de la déficience est aussi fixée à 70. Entre 70 et 80, on parle de niveau limite. Voici, pour situer statistiquement la déficience, la courbe de distribution des Q.I. de la population, selon D. Wechsler :

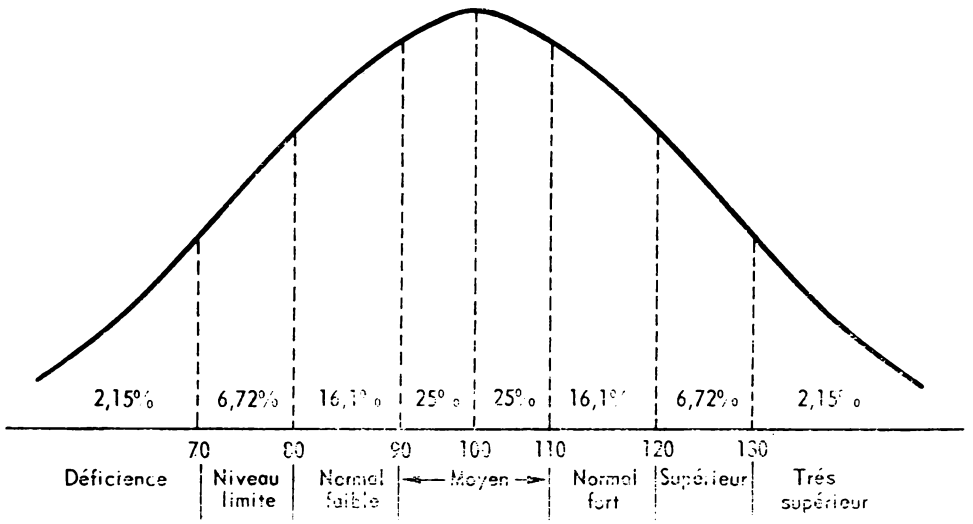



Fig. 15.

La classification D.S.M. III (Diagnostic and statistical manual of mental discorders, third edition, 1980) distingue : le retard mental léger (mild) avec un Q.I. de 50-70, le retard modéré (Q.I. = 35-49), le retard sévère (Q.I. = 20-34) et le retard profond (Q.I. 20).

Assez souvent, encore, on fait la distinction suivante, en France : débiles moyens 50-65, débiles légers 65-80.

En pratique, de manière très générale, les enfants ayant un Q.I. inférieur à 80 ont besoin de techniques pédagogiques appropriées.

Sans pouvoir approfondir le problème, il est indispensable de rappeler *les limites de la notion de Q.I.*

• QUE MESURE LE Q.I. ?

Après avoir rappelé que la notion de Q.I. recouvre en fait deux types de différentes mesures, celle d'*un quotient d'âge* (Q.I. $= \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}} \times 100$ ; l'enfant est situé par rapport à une vitesse moyenne de développement des enfants) utilisé par exemple dans la Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence de Zazzo (N.E.M.I.) ; celle d'*un indice de capacité* (l'enfant est situé statistiquement parmi une population du même âge) employé dans les échelles de Wechsler (Wisc, WPPSI, chez l'enfant), il faut noter tout d'abord qu'un Q.I. n'a pas de signification univoque car il traduit une réalité différente selon le test utilisé.

*Le résultat à un test n'est significatif que de l'efficience d'un sujet dans des conditions particulières* qu'on a définies en choisissant les tests, en déterminant les conditions de passation (matérielles et psychologiques).

Par ailleurs, l'efficience est le résultat des acquisitions et des conduites adaptatives que l'enfant a accumulées jusqu'au moment de la passation, bref *le produit de l'histoire de l'enfant* et non pas une espèce de potentiel intellectuel originel, qu'on pourrait atteindre de manière magique par la mesure du Q.I.

• LE Q.I. EST-IL CONSTANT ?

Si dans les débuts de la psychométrie, on a considéré que le Q.I. était constant, représentant une vitesse de développement qui restait uniforme tout au long de celui-ci, actuellement on constate que les facteurs sociaux, pédagogiques, affectifs, peuvent influer grandement sur l'efficience mesurée par le Q.I., et qu'ainsi celui-ci peut dans certains cas évoluer dans un sens ou dans un autre, dans des proportions parfois très nettes, en quelques années, ce qui ne fait que confirmer que le Q.I. renvoie à une histoire et non pas à une caractéristique immuable depuis la naissance. Tout cela ne veut évidemment pas dire qu'il n'est que le produit de cette histoire, il est évident que les aptitudes à la naissance ne sont pas identiques chez tous les sujets dits normaux.

b) certaines épreuves standardisées récentes, comme « l'échelle de développement de la pensée logique » dite E.P.L. par exemple, se proposent à la suite des travaux de J. Piaget, non pas de chiffrer une efficience intellectuelle, mais d'analyser LES MÉCANISMES DE FONCTIONNEMENT DE LA PENSÉE (logique concret, logique formel, prélogique etc.) et d'adaptation du sujet face à une tâche précise. Voilà d'ailleurs ce qu'écrit Piaget dans « Psychologie et Pédagogie » : « l'inconvénient est que les tests ne mesurent que des résultats et performances sans atteindre leur mécanisme fonctionnel ou formateur. Il en résulte que, valables à titre diagnostique, ils sont insuffisants comme instruments pronostiques ; d'où l'utilité d'un examen psychologique qualitatif serrant de près le fonctionnement de la pensée du sujet et mettant en évidence les structures opératoires qu'il parvient à donner. Il s'agira donc d'épreuves au cours desquelles un problème posé est résolu progressivement, ce qui donne prise à l'analyse et permet les comparaisons en se repérant à une échelle plus ordinale que métrique ».

### 3) Les facteurs étiologiques

Le déficit intellectuel, une fois précisé dans son importance, dans sa nature, doit être restitué dans *l'ensemble de l'organisation de la personnalité,* lequel peut être très schématiquement celui d'une insuffisance mentale globale, d'une dysharmonie évolutive altérant plus particulièrement le fonctionnement intellectuel et comportant selon les cas une dimension dépressive, névrotique ou bien psychotique, celui encore d'une psychose à expression déficitaire. Les autres perturbations instrumentales et affectives de tels états pathologiques, la question de leurs causes étant étudiées dans le deuxième volume, il nous paraît utile ici simplement de rappeler brièvement *quelques notions étiologiques générales* concernant le développement intellectuel.

a) DES FACTEURS « ORGANIQUES »

Responsables d'altérations fonctionnelles ou lésionnelles cérébrales, ils peuvent être en cause.

Il s'en faut de beaucoup d'ailleurs que la nature profonde des anomalies responsables de l'atteinte intellectuelle soit toujours connue.

Il est habituel de distinguer, d'un point de vue chronologique :

1) *parmi les atteintes prénatales :*

— celles qui relèvent d'une maladie dont *la nature héréditaire* est connue : certaitaines maladies métaboliques, parmi lesquelles la phénylcétonurie et la galactosémie familiale sont à bien connaître et à dépister précocement car justifiant un régime particulier qui peut éviter des effets désastreux sur le développement mental ; citons encore les phacomatoses comme la sclérose tubéreuse de Bourneville, la neurofibromatose de Recklinghausen, et certaines maladies malformatives.

— *les aberrations chromosomiques* constituent un groupe non négligeable, tout au moins en ce qui concerne le mongolisme, aberration autosomique consistant en une trisomie 21, et à un degré bien moindre les aberrations gonosomiques (chromosomes sexuels) comme le syndrome de Klinefelter chez le garçon.

— *les affections acquises in utéro,* les embryopathies par atteinte avant la fin du 3e mois de grossesse et les fœtopathies (atteinte après le 3e mois), peuvent être infectieuses (rubéole, toxoplasmose, cytomégalie), physiques (irradiations en début de grossesse) médicamenteuses, nutritionnelles.

— certaines affections, comme le myxœdème congénital, nécessitant un traitement substitutif par l'hormone thyroïdienne, sont encore à noter.

2) *Les souffrances cérébrales dites néo-natales ou péri-natales constituent la cause majeure* des déficits organiques : l'anoxie néo-natale, un traumatisme obstétrical, une prématurité marquée sont évidemment à citer ; à un moindre degré, l'encéphalopathie hyperbilirubinémique due principalement à l'incompatibilité des facteurs sanguins fœto-maternels (mère $Rh^-$, fœtus $Rh^+$).

3) *Les atteintes post-natales précoces* laissant des séquelles cérébrales peuvent être infectieuses (méningites, encéphalites), traumatiques, métaboliques (certaines hypoglycémies, déshydratations graves). Il faut évidemment encore parler des encéphalopathies convulsivantes (syndrome de West avec « spasmes en flexion » et hypsarythmie, syndrome de Lennox,..).

Une telle énumération, d'ailleurs loin d'être exhaustive, ne doit pas pour autant, faire négliger le deuxième type de facteurs.

b) Les facteurs psycho-sociaux

Longtemps scotomisés, ils sont pourtant loin d'être négligeables dans un nombre difficile à apprécier de déficits intellectuels, surtout moyens et légers.

1) De nombreux travaux font plus que le suggérer. Citons d'abord *les travaux statistiques d'ordre épidémiologique* montrant nettement que le Q.I. des enfants est en moyenne d'autant plus élevé qu'ils appartiennent à des familles plus favorisées quant aux conditions économiques, matérielles et culturelles.

*Les carences graves de soins maternels,* comme on le sait depuis R. Spitz qui parle d'hospitalisme, Bowlby et bien d'autres, peuvent entraîner un retard important du développement mental, intellectuel notamment, qui peut laisser des séquelles indélébiles si la carence a été trop massive et prolongée.

D'autre part, un certain nombre d'*études longitudinales d'enfants ayant des perturbations affectives* sévères montre bien l'influence de celles-ci sur le développement intellectuel, dans la constitution d'un déficit comme dans son amélioration éventuelle lors du traitement de ces perturbations.

A propos de ces déficits liés à d'éventuels déterminants psycho-sociaux, on a longtemps (et encore aujourd'hui) parlé de *fausse-débilité*, comme si la vraie débilité ne pouvait être que d'origine organique. Dans la mesure où actuellement un tel postulat débilité = cause organique n'est plus acceptable, l'expression faux-débile a tendance à perdre cette dimension étiopathogénique et a avoir simplement et plus logiquement une signification uniquement descriptive : elle concerne alors les états simulant lors de l'examen un déficit intellectuel permanent de l'enfant, en raison d'altérations transitoires de l'efficience intellectuelle en rapport par exemple avec une attitude particulière de celui-ci (désintérêt, instabilité, opposition, angoisse etc.) ou bien en raison d'anomalies perceptives (auditive...) ou instrumentale autre (troubles du langage parlé ou écrit, maladresse motrice etc.).

2) Les faits que nous venons de citer sont évidemment à interpréter et posent *le problème des mécanismes engendrant le déficit intellectuel :* carence majeure de stimulation du milieu et défaut d'apprentissage, carence affective et relationnelle prolongée ne permettant pas un investissement suffisant des fonctions instrumentales et de la vie cognitive, expériences affectives qualitativement (et non plus quantitativement) très insatisfaisantes liées à une distorsion relationnelle précoce et massive entraînant un investissement très conflictuel et limitatif sinon un désinvestissement de la relation à autrui ? Les points de vue exprimés dans ce domaine mettent en effet tantôt l'accent sur *la carence de stimulations* de tous ordres et l'insuffisance de l'apprentissage comme facteurs initiaux entraînant le déficit intellectuel, quel que soit le climat affectif ; tantôt sur *les perturbations affectives et relationnelles* comme déterminants primaires, les effets instrumentaux étant alors considérés comme secondaires à celles-ci.

c) Le problème des déficits intellectuels sans cause apparente

En pratique, ce problème se pose avec une grande fréquence, il concerne essentiellement les déficits légers et moyens. De tels déficits sont souvent appelés endogènes, à la suite de Werner et Strauss (1941) qui les opposent aux débilités exogènes par atteinte cérébrale de causes variées.

La question de l'étio-pathogénie de ces déficits est encore très discutée et constitue le terrain d'affrontement de thèses diverses.

1) Dans *une perspective « organiciste »*, le déficit intellectuel n'est primitif qu'en apparence ; il relèverait d'altérations cérébrales discrètes dont le diagnostic est impossible. Sur un plan général, une telle position de principe, issue tout droit de la tradition anatomo-clinique, se heurte évidemment à bien des objections, ne serait-ce qu'à celle de ne pas préciser les limites entre débilité pathologique et zone inférieure de la normale. Il n'en reste pas moins vrai que des altérations cérébrales peuvent être en cause dans certains cas, même si elles ne sont pas apparentes.

2) *La thèse du déficit intellectuel, expression d'un conflit latent avec l'entourage* (la mère) ou à l'intérieur du sujet, se situe dans une toute autre optique. Soutenue par certains psychanalystes notamment, elle met l'accent sur l'importance des fantasmes et de désirs maternels inconscients profondément négatifs (rejet camouflé etc.) sur l'évolution de tels enfants. Outre le fait qu'elle accorde une toute puissance quasi-magique à l'inconscient

maternel, il nous semble qu'une telle hypothèse ne recouvre pas l'expérience habituelle de nombreux psychiatres. Cette remarque ne remet évidemment pas en question ce que nous avons dit du poids des facteurs relationnels dans le développement intellectuel de certains enfants et dans la genèse de certains états déficitaires.

3) *L'insuffisance intellectuelle, variante de la normale,* est une autre thèse défendue par plusieurs auteurs qui soulignent que la distribution en cloche (selon une courbe de Gauss) des niveaux intellectuels d'une population, autorise à penser qu'à côté de surdoués à une extrémité de la courbe, il existe à l'autre extrémité des sousdoués dont l'équipement fonctionnel est insuffisant. Ainsi dans cette perspective, à côté des *débilités « pathologiques »* liées à une aberration génétique, une atteinte lésionnelle, toxique etc., il y a place pour des *débilités « normales »*, franges inférieures de la distribution générale de l'intelligence attribuables aux jeux normaux de transmission héréditaire, polygénique. La critique qui peut être faite à certains auteurs défendant une telle position, est de ne prendre en considération que les facteurs biologiques et de méconnaître systématiquement la pesée des déterminants sociaux et relationnels.

d) POUR CONCLURE cet abord des déficits intellectuels, nous ne pouvons que rappeler qu'en définitive *tout enfant, qu'il soit déficient ou non, se construit toujours à partir de facteurs à la fois neurobiologiques et relationnels.* Comme le note R. Mises, « il se construit dans un mouvement complexe, marqué par des étapes à travers lesquelles on observe que l'élaboration et la structuration des fonctions cognitives sont inséparables du mouvement évolutif, global, de la personnalité. Il existe sans doute des cas où les facteurs organiques, sous forme d'atteintes lésionnelles ou génétiques, vont peser de manière évidente, mais ces perturbations, il ne faut pas seulement en mesurer l'incidence au niveau du dysfonctionnement cérébral. Il faut toujours se souvenir qu'à partir d'eux, les expériences vécues de l'enfant vont se vivre sur un modèle différent, que le climat familial en sera modifié, que les réponses de la mère à cet enfant en seront transformées. Bref, il convient donc de suivre les effets de l'atteinte organique non seulement dans le registre neurobiologique, mais sur d'autres plans, sur celui de l'évolution des pulsions, sur celui de l'investissement de l'enfant par la mère et de la mère par l'enfant par exemple »...

## B) LES DYSHARMONIES COGNITIVES

Il ne s'agit plus là de déficits intellectuels en quelque sorte globaux mais de *perturbations plus ou moins localisées de la pensée et du raisonnement,* compatibles avec une efficience intellectuelle satisfaisante voire élevée telle qu'elle peut être appréciée par les tests de niveau, mais *entraînant des difficultés ou un échec dans certains apprentissages,* certaines tâches scolaires ou non (calcul, lecture... ou situations concrètes de la vie courante, professionnelle notamment, exigeant par exemple observation, réflexion, raisonnement et intervention précise). Les épreuves inspirées des travaux de Piaget (type échelle E.P.L.) montrent une maîtrise non harmonieuse des différentes opérations mentales concrètes et formelles, avec par exemple le contraste entre la réussite à certaines opérations complexes abstraites et la non-résolution d'opérations concrètes.

Ainsi, selon les cas (B. Gibello), les perturbations portent plutôt :

— sur *la difficulté ou l'impossibilité à se représenter les transformations* (des éléments physiques) et donc à agir sur une situation donnée en fonction des transformations

qu'une telle action implique. De tels sujets apprennent par exemple bien la lecture mais l'apprentissage du calcul est problématique ou très réduit.

— *La difficulté ou l'impossibilité à se représenter une situation ou à utiliser un signifiant* ou un ensemble de signifiants pour représenter un certain signifié, peut être responsable, dans les cas sévères, d'un échec de la lecture ; dans les cas plus légers, d'une incapacité au raisonnement formel.

— *La difficulté ou l'impossibilité à situer une action dans le temps et à se situer soi-même dans une certaine durée,* une suite chronologique, entraîne une instabilité psychomotrice qui peut être fort gênante.

Même si parfois on trouve une symptomatologie représentée essentiellement par un de ces trois aspects, la plupart des sujets présentent un mélange des trois types de perturbations.

A propos de la genèse de tels troubles cognitifs, on pourrait reprendre la discussion sur la notion de « trouble instrumental » introduisant le chapitre et s'interroger sur leur place dans les processus de développement. Faut-il voir dans de telles anomalies la marque de processus défensifs et précoces contre l'angoisse dépressive, en maintenant partiellement l'objet dans son statut archaïque d'objet clivé ou non permanent, ou faut-il les considérer comme le résultat d'une déficience dans la constitution ou l'organisation précoce du Moi, d'une entrave dans le fonctionnement mental, en rapport par exemple avec des expériences altérant le sentiment de continuité du nourrisson et son organisation narcissique ? Ou bien représentent-ils des difficultés d'ordre maturatif fixées secondairement pour des raisons d'ordre psychologique ou pédagogique ?

En clinique, il est très important lors d'un échec scolaire, de certains troubles psycho-moteurs (maladresse, instabilité nettes), voire lors de troubles du comportement et même de marginalité de penser à de telles perturbations des fonctions cognitives car elles relèvent de techniques psycho-pédagogiques appropriées.

## C) AUTRES DESORDRES INTELLECTUELS

Il nous faut encore citer les obstacles majeurs parfois que peuvent dresser au niveau d'un bon fonctionnement intellectuel, certains processus psychopathologiques et désordres affectifs. Ainsi, la *labilité de l'attention* d'un instable, *les attitudes d'échec* de certaines organisations de la personnalité caractérisées par un Surmoi rigide et pathologique, *l'inhibition* intellectuelle de certains phobiques, les troubles intellectuels, de la *mémoire* notamment, de certaines structures hystériques, la *rumination intellectuelle* des obsessionnels, constituent par exemple des entraves à un fonctionnement satisfaisant des possibilités mentales du sujet. S'ils ne créent pas un tableau déficitaire proprement dit, ils peuvent néanmoins limiter plus ou moins nettement l'efficience de ce sujet ; c'est ce que permettent de constater certains traitements psychanalytiques qui paraissent rendre à celui-ci un usage plus libre de ses capacités.

## BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (J. de). — L'arriération. In Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson, édit., 1970, p. 525-600.

CHILAND (C.). — L'enfant de 6 ans et son avenir. P.U.F., Paris, 1971, 415 p.

DUCHE (D. J.). — Précis de psychiatrie de l'enfant. P.U.F., 1971, 158 p.

GIBELLO (B.). — Dysharmonie cognitive. Revue Neuro-psychiat. Inf., 1976, *24* (9), p. 439-452.

KOHLER (Cl.). — Jeunes déficients mentaux. Ch. Dessart, édit., 1967, 445 p.

LANG (J. L.), GIBELLO (B.), MISES (R.), RAUSCH (M.), CHIVA (H.). — Approche dynamique des arriérations mentales. Rev. Neuropsychiatrie Inf., 1974, *22*, p. 1-18.

LAUNAY (Cl.) et DAVY (Cl.). — Les enfants difficiles. Maloine, Paris, 1969, 364 p.

LEIF (J.), DELAY (J.), GUILLARME (J.J.). — Psychologie et éducation. Notions de psychométrie. F. Nathan, édit., 1968, 145 p.

MANNONI (M.). — L'enfant, sa « maladie » et les autres. Edit. du Seuil, Paris, 1967, 253 p.

MISES (R.). — Réévaluations dans l'approche psycho-pathologique des déficients intellectuels. Confrontations psychiatriques, Specia, édit., 1973, n° 10, p. 9-30.

PERRON (R.). — L'approche psychologique des déficiences mentales. Etude génétique et analyse fonctionnelle. Confrontations psychiatriques, Specia, édit., 1973, n° 10, p. 53 à 76.

PERRON (R.). — Les enfants inadaptés. P.U.F., édit. Que Sais-je ? Paris, 1972, 127 p.

PIAGET (J.) et INHELDER (B.). — La psychologie de l'enfant. Presses Univ. France, édit. Que Sais-je ?, 1968, 127 p.

WIDLOCHER (D.). — Les insuffisances intellectuelles. Perspectives psychiatriques, 1969, n° 23, p. 7-16.

ZAZZO et équipe H.H.R. — Les débilités mentales. A. Colin, Paris, 1969, 498 p.

La débilité mentale de l'enfant. (Recueil de textes de J. ITARD aux auteurs contemporains, avec notices introductives et études critiques). Sous la direction de J. MIRABAIL. Privat édit., 1979, 328 p.

Les débilités mentales. Confrontations Psychiatriques, Specia, édit., 1973 (n° 10), 215 p.

L'inhibition intellectuelle. Rev. Franç. Psychanal., 1972, *36*, p. 717-998.

Réflexions sur l'acquisition des premières notions mathématiques et ses vicissitudes (avec BROUSSELLE (A.), BEAUVAIS (J.), DIATKINE (R.). Psychiat. Enfant, 1973, *16*, (2), p. 467-514).

## IV - TROUBLES DE LA PAROLE ET DU LANGAGE

Les difficultés ou les perturbations de la parole et du langage constituent un des motifs les plus fréquents de consultation en psychiatrie de l'enfant, en raison de leur fréquence mais aussi parce qu'ils sont souvent mis au premier plan du tableau par des parents gênés ou incapables d'aborder directement leurs autres et véritables préoccupations concernant leur enfant. Il s'agit très habituellement de troubles de l'acquisition. Leurs conséquences sont variées, affectives et relationnelles, scolaires, liées à l'importance et à la nature du trouble, à la manière dont il est investi par l'enfant et par l'entourage, liées donc aussi au contexte dans lequel il survient, l'âge et la personnalité de l'enfant, le milieu familial, la tolérance scolaire etc.

Le choix de la thérapeutique lorsqu'elle est justifiée, rééducation orthophonique, psychothérapie, relaxation, pédagogie spécialisée etc. nécessite une étude sémiologique très précise du trouble et une évaluation approfondie des conditions dans lesquelles s'est développé et fonctionne le langage de l'enfant.

L'ETUDE SEMIOLOGIQUE se propose de repérer dans le trouble ce qui appartient à :

— l'émission phonétique, **à la production même des sons,** du courant sonore par les organes phonateurs ; *un trouble de l'articulation comme le zézaiement* par exemple est lié à une anomalie de celle-ci ;

— au niveau phonologique, c'est-à-dire au domaine de la perception et de la réalisation des éléments de base (ou phonèmes) constitutifs du mot et des parties du discours, bref à ce qui relève non plus de l'étude d'un phonème en lui-même mais des rapports réciproques des phonèmes à l'intérieur du mot ; *un retard de parole* marqué par la non-apparition de certaines consonnes (papo au lieu de chapeau), simplifications (bague pour blague), omissions finales dans le mot, est un exemple de ce type d'altérations ;

— au niveau grammatical concernant les **relations des mots dans la phrase** et au niveau sémantique de la signification du discours du sujet ; *un retard du langage,* fait d'une pauvreté syntaxique (assemblage rudimentaire des mots dans la phrase : par ex. « maman bonbon », à 3-4 ans) et de vocabulaire, est une perturbation de ce niveau.

L'ETUDE DES CONDITIONS NECESSAIRES AU DEVELOPPEMENT ET A LA REALISATION DU LANGAGE représente l'étape étiologique fondamentale.

Sans reprendre ce qui a été dit lors du développement du langage, mentionnons quelques points concernant d'abord :

a) **les organes impliqués dans l'apprentissage** et le fonctionnement du langage.

*L'appareil auditif* est évidemment directement impliqué dans le développement du langage. S'il n'est guère besoin de rappeler que l'enfant doit entendre pour apprendre à parler, sans doute faut-il dire la nécessité d'évoquer systématiquement une déficience auditive, même légère (entre 20 et 40 décibels), devant un retard de langage et de parole de l'enfant.

*Les organes phonateurs* (appareil respiratoire, larynx, appareil buccal, langue, voile du palais etc.) peuvent être altérés dans leur intégrité anatomique (par ex. divisions vélo-palatines congénitales avec ou sans « bec-de-lièvre ») ou fonctionnelle, par trouble de la commande nerveuse bien plus souvent centrale (par ex. dans l'infirmité motrice cérébrale ») que périphérique (atteinte des dernières paires crâniennes ou de la motilité faciale). Il s'agit de troubles de l'articulation isolés ou de dysarthries s'intégrant à un contexte neurologique plus ou moins manifeste.

*Le cortex cérébral* intervient de manière capitale aussi bien dans la compréhension et la reconnaissance du symbole verbal que dans la réalisation du langage. Une atteinte cérébrale prénatale, néonatale ou postnatale précoce, peut donc entraver le développement linguistique en même temps que donner lieu à une symptomatologie psychique (insuffisance mentale) et neurologique variée. Il est très fréquent, comme dans l'infirmité motrice et cérébrale, que les différents facteurs (atteinte praxique et gnosique, atteinte motrice, atteinte intellectuelle, sensorielle) concourent au déficit de la parole et du langage dans ces atteintes cérébrales. L'aphasie (acquise) de l'enfant s'oppose aux atteintes précédentes par le fait qu'elle est une désorganisation du langage, résultant des lésions focales du cerveau apparues après quelques années ayant permis le développement du langage. Il est important de signaler que dans ces atteintes localisées focales aphasiques de l'enfant, la récupération du langage est remarquable et rapide (surtout quand il n'y a pas de troubles associés, intellectuels notamment) en raison de la « plasticité anatomo-fonctionnelle du cerveau de l'enfant qui permet l'élaboration d'une nouvelle organisation fonctionnelle à partir des systèmes persistants de l'hémisphère lésé et plus encore à partir de ceux intacts de l'hémisphère mineur » (F. Lhermitte).

b) **Le développement des autres secteurs du psychisme** intervient aussi très étroitement au niveau du langage.

*Le développement intellectuel* et l'évolution du langage sont très intriqués. La formation du langage suppose un niveau de développement intellectuel qui permette l'accession à la fonction symbolique. Si par ailleurs, il y a grossièrement un certain degré de corrélation entre le niveau intellectuel et le niveau de langage dans les insuffisances mentales, en fait une étude plus précise montre que les relations sont moins simples qu'on ne le pensait autrefois.

*Le développement affectif* retentit de manière massive sur le langage, comme on l'a vu à diverses reprises, aussi n'y revenons-nous que pour mettre l'accent sur l'importance de la *relation de l'enfant avec sa mère d'abord et avec son entourage* dans ce domaine. L'acquisition du langage répond à un véritable appétit qui trouve sa source dans les échanges affectifs de l'enfant avec autrui ; elle est aussi très liée à la richesse linguistique du milieu.

Nous allons maintenant décrire quelques-uns des grands syndromes cliniques concernant la parole et le langage de l'enfant. Il ne nous est évidemment pas possible ici d'envisager toute la pathologie du langage d'autant que certains aspects particuliers s'intègrent à des perturbations traitées plus loin : la surdité, la déficience mentale, les atteintes cérébrales, les psychoses et les dysharmonies évolutives. D'autre part les troubles de l'apprentissage du langage écrit sont décrits dans le chapitre traitant des difficultés scolaires, dans le deuxième volume.

## A) LES TROUBLES DE L'ARTICULATION

Les troubles de l'articulation sont des erreurs mécaniques et systématiques dans l'exécution d'un mouvement caractéristique d'un ou plusieurs phonèmes : l'erreur détermine un bruit faux remplaçant le bruit exact.

Ils sont souvent isolés, sans autre trouble de la parole et du langage, mais peuvent bien entendu parfois être associés à d'autres anomalies linguistiques.

Ces défauts d'articulation intéressent surtout les phonèmes consonnes ; les phonèmes voyelles tolèrent en effet mieux des mouvements articulatoires moins précis.

Ce sont surtout les consonnes constrictives (« f » « v » « s » « ch » « z » « j ») qui peuvent être touchées car exigeant des mouvements plus fins et différenciés, on parle de *sigmatismes*. Le sigmatisme interdental communément appelé zézaiement ou zozotement (la langue est placée trop près des incisives), le sigmatisme latéral ou schlintement (écoulement d'air latéral, unilatéral, parfois bilatéral) sont les deux variétés les plus fréquentes.

Ces erreurs involontaires fréquemment inconscientes sont parfois mal tolérées par l'entourage dont les interventions plus ou moins coercitives visant à la correction et la suppression de l'anomalie risquent de fixer le trouble, de créer un climat conflictuel autour de celui-ci. Lors de l'examen psychologique de l'enfant ou pendant la rééducation (l'âge le plus favorable se situe en règle entre 5 et 6 ans), il apparaît assez souvent que le trouble de l'articulation a une signification régressive ou bien d'opposition passive, ou les deux. Ainsi *le contexte relationnel dans lequel se situe le sigmatisme est important à prendre en considération ;* il est parfois un obstacle à la rééducation (en règle les séances sont rapprochées, et la période de rééducation est brève) et nécessite un abord psychothérapique.

### OBSERVATION CLINIQUE

C'est en raison de l'échec d'une rééducation orthophonique pour un trouble d'articulation de la parole, que Guillaume, âgé de 5 ans et demi, nous est adressé. C'est l'aîné de deux garçons (l'autre a deux ans et demi) ; son père est un jeune avocat de renom, particulièrement actif.

Il y a un an, Monsieur et Madame V... ont consulté un médecin spécialiste des problèmes de langage, qui a constaté un zézaiement net sans retard de parole ni de langage ; il a encore noté une certaine difficulté de Guillaume de se lever, d'aller le matin à l'école (il est alors en moyenne session de maternelle), peut-être aussi une certaine tension, un certain degré de crispation en tenant un crayon, pour dessiner par exemple. Une rééducation orthophonique, en principe simple et brève dans ce genre de trouble, est proposée. Et c'est après plusieurs mois de rééducation qu'alertés par l'orthophoniste qui a bien noté que Guillaume était tout à fait capable en épreuves de répétition de corriger son trouble mais qu'en spontané, il ne cherchait plus du tout à utiliser ses possibilités, donnant même l'impression de ne pas être concerné, ils ont reconsulté le médecin. Celui-ci constate l'absence de modification du trouble, trouve Guillaume « triste, traînant les pieds... », demande un examen psychologique (W.P.P.S.I., test Patte-noire) qui objective un très bon niveau intellectuel mais avec une efficience nettement moins bonne dans les subtests de Performance, un vécu dépressif net et d'importantes difficultés dans sa relation à l'image paternelle, vécue comme toute puissante et autoritaire. Dans ces conditions, il demande aux parents de nous consulter, après les avoir sensibilisés aux difficultés affectives de Guillaume évoquées dans l'examen psychologique, notamment à sa relation avec l'image paternelle.

Quelque temps après, nous voyons donc Guillaume et ses parents. L'entretien avec ceux-ci montre en particulier d'importantes divergences de points de vue entre eux au sujet des problèmes de leur fils. Le père évoque essentiellement le problème de parole : « c'est le problème essentiel... il ne veut pas faire l'effort... », associant d'ailleurs sur le fait qu'« il n'a jamais voulu faire d'efforts... c'était pareil pour le kiddikraft... il est paresseux... il parle encore plus mal maintenant... ceci dit, ça va mieux avec moi depuis que le Dr H... nous a parlé... j'ai fait attention ». Madame V... insiste beaucoup plus sur les problèmes d'agressivité de Guillaume à l'égard des autres, à l'égard de son petit frère de deux ans et demi dont il est fort jaloux, sur son côté exigeant avec elle, son opposition, sa tristesse, son peu d'entrain pour aller à l'école ; elle reproche au passage de manière voilée à son mari de « n'être peut-être pas assez souvent à la maison

pour voir autre chose que le zézaiement... », et reprend d'ailleurs en l'inversant totalement, la formule de son mari qui vient de dire : « il est plus physique que cérébral ». Il n'y a guère que sur le problème du passage en C.P., « très discuté » par les enseignants, qu'ils sont d'accord : un maintien en maternelle n'aurait pas de sens.

Guillaume se présente comme un petit garçon intelligent et à l'aise sur le plan verbal, mais très difficile à comprendre en raison de son trouble articulatoire, non inhibé, peut-être actuellement moins dépressif qu'à l'époque de l'examen psychologique, mais en tout cas fort anxieux, instable. Il est question de son mal à s'endormir, de loups, des rêves qu'il en fait. Il apparaît très inquiet au sujet de son passage en C.P. qu'il souhaite vivement.

Lorsqu'à la fin nous revoyons parents et Guillaume ensemble et que sont évoqués, entre autres, les résultats des tests, les réussites très nettement supérieures à la moyenne pour toutes les épreuves verbales plus particulièrement, mais aussi l'aspect dépressif et phobique, nous avons le sentiment tout au moins pour le père qu'il découvre un autre Guillaume, différent de celui qu'il croyait d'une part « en retard... c'est ce qu'on nous disait à l'école... » mais aussi « sans problèmes ».

A vrai dire, les difficultés de Guillaume se situent essentiellement dans un registre névrotique, œdipien, bloqué par l'importance et le caractère conflictuel de l'image paternelle, qui l'amène à adopter des positions très passives à l'égard des figures paternelles. Un abord psychothérapique est tout à fait souhaitable. Sur le plan scolaire, un maintien en Maternelle d'un tel garçon de près de 6 ans, intelligent mais anxieux, n'aurait effectivement pas de sens. Ceci dit, il faudra être vigilant en raison des difficultés graphiques, lors du démarrage de l'écriture. Par ailleurs, des contacts suffisants avec les parents permettront peut-être d'aborder un peu plus leurs difficultés personnelles avec Guillaume, qui semble être depuis longtemps le lieu de conflits entre eux.

## B) LES RETARDS DE PAROLE

Les altérations n'intéressent plus seulement certains phonèmes. C'est la forme même du mot qui ne peut être reproduite exactement par suite d'une difficulté à analyser la nature des phonèmes et à les reproduire dans leur ordre d'écoulement. On parle de retard de parole lorsque ces difficultés, normales au début de l'apprentissage du langage, persistent au-delà de 4-5 ans. *Le retard de parole peut exister isolément, plus souvent il s'intègre et s'associe à un retard du langage.*

On note *les déformations habituelles du « parler bébé »*.

— confusion ou substitution de sons voisins.

Pour les consonnes, on observe habituellement un remplacement de consonnes sonores par les consonnes sourdes correspondantes ; b, v, d, g, par, p, f, t, k etc ; ex. : pépé au lieu de bébé... feux au lieu de veux etc. On note encore un fréquent remplacement des constrictives par les occlusives correspondantes : f par p, ch par k ; ex : pou au lieu de fou etc.

Les voyelles orales peuvent remplacer les voyelles nasales : a pour au ; les voyelles proches peuvent être confondues : u et ou ; é et è.

— les omissions des finales (pé pour pelle) ;
— la simplification des groupes consonantiques (arb pour arbre) ;
— les assimilations ou dissimilations (chéchoir pour séchoir) ;
— la transformation des mots comportant de nombreuses syllabes sont d'autres altérations observées.

L'élément très caractéristique du retard de parole, et ceci l'oppose aux troubles d'articulation, est *la possibilité d'articuler correctement les phonèmes simples, isolés,* alors que ceux-ci sont altérés lorsqu'ils sont associés. C'est aussi l'existence, comme on l'a vu, d'altérations identiques au cours du développement de la parole et du langage chez le jeune enfant.

Là encore, *l'attitude de la famille* vis-à-vis de l'altération de la parole est intéressante à préciser : corrections très fréquentes : « on ne dit pas ça » ; ou bien indifférence ; ou encore, parler-bébé de l'entourage etc. *La signification régressive éventuelle* sur le plan affectif de ce trouble phonologique mérite d'être recherchée, l'infantilisme de la parole étant alors l'expression de la demande affective régressive.

## C) LES RETARDS SIMPLES DE LANGAGE - LES DYSPHASIES

Le terme de retard simple de langage souvent utilisé en France, est né de la nécessité de qualifier les observations où le retard n'est pas lié à une insuffisance mentale, à un trouble auditif, ou à une altération nette de la personnalité, ce qui n'est pas toujours très facile à affirmer d'ailleurs chez le jeune enfant.

*Ici la structure de la phrase est atteinte.* Le retard du langage doit être apprécié non sur la date d'apparition du premier mot, mais sur celle de la première phrase (de deux mots) qui n'apparaît ici qu'après trois ans. On peut considérer qu'il y a anomalie quand vers la fin de la troisième année l'enfant ne se met pas à parler et si à partir de ce début tardif, les progrès ne sont pas rapides. Le retard peut se manifester *au niveau de l'expression,* de diverses manières : le langage est rudimentaire avec des phrases simplement formées de juxtaposition des mots sans terme de liaison (pronoms, articles, conjonctions etc.), volontiers dans un ordre non satisfaisant (bureau est parti papa) ; le défaut d'acquisition des différentes notions catégorielles (verbes employés à l'infinitif, utilisation incorrecte du pronom personnel), des confusions de termes, un discours parsemé de nombreux mots déformés, sont encore à citer.

Contrastant avec les troubles de l'expression verbale, la compréhension du langage est en principe bonne. Cependant il ne faut pas méconnaître la difficulté de l'examen de celle-ci chez le jeune enfant. L'atteinte de la compréhension verbale, lorsqu'elle est manifeste, compromet très nettement le pronostic.

*L'évolution est assez variable.* La possibilité d'une évolution spontanément et complètement favorable est certaine. Néanmoins lorsque le retard et les perturbations (pauvreté syntaxique plus que pauvreté de vocabulaire) sont importants, il ne faut pas trop compter sur celle-ci. Ainsi, si malgré la fréquentation de l'école maternelle, l'enfant ne progresse pas, il est souhaitable de le faire profiter dès l'âge de 4 ans et demi d'un petit groupe de langage avec orthophoniste. Il pourra éventuellement être pris seul, selon sa capacité d'attention, à 5 ans (l'âge de la grande section de maternelle). Si les troubles persistent à l'entrée à l'école élémentaire, des difficultés dans l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe peuvent survenir On trouve souvent dans les antécédents d'un enfant dyslexique un retard de langage.

Les positions quant à *l'origine de ce retard dit simple du langage* sont multiples. De manière schématique, on peut en repérer trois. Dans la première, le retard est considéré comme la traduction d'*un trouble de la maturation cérébrale de la fonction du langage* de l'enfant. Une deuxième perspective met l'accent sur la très grande fréquence de tels retards dans les milieux socio-culturels défavorisés et linguistiquement pauvres, le retard serait lié *à une carence qualitative et quantitative du langage de la famille* où les échanges verbaux sont réduits, factuels et peu sources de plaisir. Des études linguistiques récentes (L. Lentin) semblent montrer que lorsque le fonctionnement des articulations syntaxiques n'est pas installé au moment voulu (avant 4 ou 5 ans), le langage a toutes chances de rester insuffisant ; il tournera sur un petit circuit avec des phrases courtes juxtaposées et très peu de subordination.

Enfin, troisième point de vue, le retard est à comprendre comme le résultat d'une *perturbation affective :* selon Pichon « le retard simple du langage est un trouble de la fonction affective du langage, l'enfant n'a pas envie de parler... » ; ceci est à replacer au sein d'une relation non satisfaisante de l'enfant à son entourage, à sa mère. En clinique, l'intrication de ces divers facteurs est fréquente.

Le terme de **dysphasie** (J. de Ajuriaguerra) est souvent appliqué à des enfants dont le langage est retardé et nettement altéré (insuffisance de la perception auditivo-verbale, altérations articulatoires, grammaticales et sémantiques notables). L'organisation psychologique est marquée par un recours préférentiel aux saisies concrètes de la réalité, des troubles de la structuration spatiale, l'insuffisance du symbolisme figuratif, une organisation de la personnalité très variable : depuis une personnalité normale jusqu'à une organisation pathologique de type pré-psychotique.

Ainsi, actuellement existe une tendance à séparer dans le cadre des retards de langage, ceux qui sont banaux et mineurs, de bon pronostic, et les retards plus importants faisant du langage un instrument fonctionnellement perturbé, appelés dysphasies.

D) LES AUDI-MUTITES

Actuellement en France, on désigne habituellement sous ce terme des observations assez rares d'enfants âgés de 6 ans ou plus qui n'acquièrent pas de langage parlé ou très peu, en l'absence de surdité, d'insuffisance mentale caractérisée ou d'organisation psychotique manifeste.

L'ancienne distinction trop tranchée en deux types, aphasie congénitale d'expression avec compréhension verbale bonne et aphasie congénitale de réception avec surdité verbale, n'apparaît pas coller aux tableaux cliniques rencontrés. On doute de l'existence de formes pures. Cependant, il n'en reste pas moins que *les troubles praxiques sont prédominants dans certaines formes* d'audi-mutités « motrices » comportant des difficultés praxiques bucco-linguales, des troubes de l'organisation spatiale et de la structuration rythmique ; et moindres dans les audi-mutités où il s'agit surtout d'un problème au niveau cérébral *d'intégration* auditive *des signes linguistiques,* sans atteinte spatiale ou motrice nette.

Il est clair qu'un tel déficit instrumental ne peut que retentir sur *l'organisation de la personnalité* et sur le développement intellectuel, de manière parfois inquiétante. A ce propos, comme dans bien des troubles du langage, il est difficile de faire la part de ce qui est cause et conséquence de ceux-ci, dans l'évaluation clinique.

L'évolution des audi-mutités (leur étiopathogénie apparaît d'ailleurs obscure) est très décevante en règle malgré une rééducation de longue durée : le langage a bien des chances de rester rudimentaire et concret, la pensée limitée dans l'accession aux opérations concrètes un peu complexes, à plus forte raison aux opérations formelles.

Ces audi-mutités sont-elles des formes extrêmes de dysphasies ?

E) LE BEGAIEMENT

C'est un trouble bien spécifique du débit élocutoire. Il est relativement facile de le décrire. On distingue le bégaiement *clonique* caractérisé par la répétition involontaire, explosive et saccadée d'une syllabe, et le bégaiement *tonique* avec blocage et impossibilité d'émettre les mots pendant une durée variable. L'intrication des aspects clonique et tonique est fré-

quente, chacun pouvant ou non prédominer ; ainsi, après le blocage initial, on observe la répétition explosive de certaines syllabes. Le sujet peut avoir un mot ou une syllabe d'achoppement élective. Il y a souvent des manifestations associées au trouble : mouvements divers de la face, des mains, des jambes, parfois du corps tout entier ; troubles respiratoires, rougeur, mains moites etc.

C'est un trouble fréquent rencontré chez 1 % des enfants, bien plus souvent chez le garçon que chez la fille (3 à 4 garçons pour une fille). On observe fréquemment un bégaiement chez les ascendants et collatéraux.

*Il apparaît le plus souvent entre 3 et 5 ans,* à l'âge où l'enfant a acquis habituellement la possibilité de faire des phrases. On peut noter là la très grande fréquence d'un « bégaiement physiologique » vers 3 ans, transitoire et qui doit disparaître en quelques mois. Le bégaiement peut survenir aussi plus tard dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte. La fréquence des antécédents de troubles linguistiques chez les sujets bègues est notable : à peu près la moitié (M. Dugas) a présenté un retard de parole ou de langage ou est encore atteinte lors de l'examen d'un trouble de la parole associé au bégaiement. Il semble que les bègues sont plus fréquemment mal latéralisés que les enfants n'ayant pas de troubles du langage.

*Les éléments d'ordre affectif sont au premier plan* d'un grand nombre de bégaiements. Certains surviennent après un choc émotif net ou dans une situation émotionnelle bien précise. Mais même en l'absence de cette notion, il est clair que le bégaiement est très lié à la vie affective du sujet, survenant ou s'aggravant plus volontiers par exemple dans certaines situations relationnelles. « Le bégaiement est d'abord et essentiellement un trouble de la communication orale individuelle, un trouble de la relation » (J. de Ajuriaguerra). Des traits névrotiques sont très fréquemment notés lors de l'investigation psychologique. L'organisation de la personnalité semble selon les sujets s'orienter (B. Soulas) soit vers le pôle de la restriction ou du blocage de la vie émotionnelle, de la répression et de l'inhibition des affects agressifs et sexuels, soit vers le pôle d'une expression plus spontanée d'une vie affective labile mal stabilisée par les facteurs de contrôle rationnel, imprégnée d'un certain puérilisme, donnant lieu à des échanges d'aspect factice et superficiel, et évoquant des traits de la structure hystérique. D'ailleurs, il y a alors des difficultés nettes face à la sexualité.

*La pluralité des facteurs qui contribuent à créer le bégaiement, à le fixer, est évidemment responsable des variations évolutives individuelles.* Il semble qu'on puisse retenir comme éléments de bon pronostic, l'apparition du bégaiement avant 5 ans, l'absence de troubles de la parole et du langage, la non-existence de perturbations affectives nettes chez le sujet, une attitude coopérante de sa part face à la thérapeutique, un climat familial tolérant et de bonne qualité affective. Selon l'importance des facteurs qui ont été évoqués plus haut, on s'oriente vers l'indication d'un abord psychothérapique, d'une relaxation ou d'une rééducation psycho-motrice, d'une orthophonie, avec des résultats divers et parfois déconcertants.

## BIBLIOGRAPHIE

AIMARD (P.). — L'enfant et son langage. 1 vol., SIMEP, Villeurbanne, 1972.

AJURIAGUERRA (J. de). — Organisation et désorganisation du langage chez l'enfant. In Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, 1970, p. 333-378.

DUGAS (M.), HAZARD (J.). — Troubles du langage. Encycl. Méd. Chir., Pédiatrie, 1970, 4101 H 10, 1, 12.

LAUNAY (Cl.) et BOREL-MAISONNY (S.). — Les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant. Paris, Masson, 1972.

LENTIN. - Apprendre à parler. E.S.F., édit., 1973, 200 p.

MOUNIN (G.). — Clefs pour la linguistique. Edit. Seghers, Paris, 1968, 189 p.

POROT (D.). — Les troubles du langage. Presses Univ. France, édit. Que Sais-je ?, 1978, 127 p.

SOULE (J.) et SOULE (M.). — Troubles du langage. In DEBRE (A.), LELONG (M.), Pédiatrie, Edit. Flammarion, Paris, 1970, 1923 g-1924 f.

WYATT (G.L.). — La relation mère-enfant et l'acquisition du langage. Dessart, Paris, 1973.

Citons encore les numéros suivants des revues :

— Orthophonie. Perspectives psychiatriques, 1974, n° 49, p. 297-370.

— Les troubles de la parole et du langage. I et II. La revue de Pédiatrie, 1973, *9*, n° 5 et 6, p. 231-371.

— Psychanalyse et langage. Rev. Franç. Psychanal., 1976, *40* (4), p. 595-733.

# LES TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

## (troubles « fonctionnels »)

### I - INTRODUCTION

Les troubles pour lesquels on peut invoquer une relation entre psyché et soma sont très nombreux et ils appartiennent à des catégories différentes qu'il importe de distinguer :

1) troubles psychiques secondaires à des atteintes physiques, soit qu'elles atteignent directement le système nerveux central (encéphalites, tumeurs cérébrales etc.), soit qu'elles handicapent gravement et durablement l'intégrité corporelle de l'enfant (paralysies, dystrophies, maladies chroniques, déficits sensoriels etc.), ce qui entraîne des réactions psychopathologiques secondaires ;

2) troubles somatiques dans la genèse et l'évolution desquels on peut valablement évoquer un facteur psychologique, soit prédominant, soit partiel.

Les relations entre psyché et soma sont de nature bien différente, selon qu'il s'agit de :

— conduites ou d'attitudes corporelles (par ex. alimentaires, sphinctériennes, tonico-motrices) ;

— symptômes de conversion hystérique (par ex. moteurs ou sensoriels) lesquels sont l'expression somatique de conflits psychiques inconscients, ont donc une valeur symbolique complexe et comme tous les symptômes « névrotiques » peuvent être considérés comme un compromis entre la pulsion et l'interdit ;

— troubles fonctionnels proprement dits, végétatifs (par ex. diarrhée) où l'on constate la perturbation d'une fonction vitale de l'organisme, sans atteinte lésionnelle ;

— maladies dites psychosomatiques ou à participation psychosomatique, comme certains asthmes, eczémas etc. ; ici il y a une atteinte lésionnelle ou bien un ensemble de manifestations cliniques et biologiques qui créent une authentique affection somatique.

Ce sont les troubles dits « fonctionnels » regroupant en fait *conduites à expression corporelle et troubles fonctionnels proprement dits* et liés à des difficultés ou des perturbations émotionnelles, qui sont l'objet de ce chapitre. Les pathologies hystérique et psychosomatique proprement dites sont traitées plus loin. Notons d'emblée deux points essentiels concernant cette symptomatologie « psycho-fonctionnelle » ;

— les manifestations qui caractérisent ces troubles ne sont pas spécifiques ; elles posent souvent un *problème diagnostique d'une part, avec les atteintes lésionnelles d'autre part avec les troubles fonctionnels d'origine organique.*

— le terme global de « fonctionnel » pour désigner tous ces troubles ne doit pas cacher *leur diversité :* ainsi l'anorexie est une conduite alors que la colique idiopathique des premiers mois paraît liée à une perturbation de la motricité intestinale ; l'une et l'autre sont de nature différente. On voit qu'il n'est pas possible de proposer un modèle de compréhension unique de l'ensemble de cette pathologie.

## II - TROUBLES ORO-ALIMENTAIRES

La fonction oro-alimentaire est la première sur laquelle s'étaie la relation de l'enfant avec son entourage, c'est la première source de satisfaction et la première voie de décharge des tensions internes.

Des observations de David Levy, citées par R. Spitz, mettent en évidence la nécessité d'un temps de succion adéquat, qui peut être rendu expérimentalement supérieur au temps de succion nécessaire à satisfaire les besoins alimentaires. Chez les enfants, comme chez des chiots, pour lesquels on a accéléré le débit d'écoulement du lait pendant la tétée, on observe un besoin de poursuivre la succion après la tétée, en utilisant une partie du corps propre (les doigts chez l'enfant). Spitz en déduit qu'il faut distinguer deux fonctions dans l'allaitement :

1) l'ingestion de nourriture, qui satisfait et apaise la faim et la soif ;

2) la décharge de tensions, la satisfaction des muqueuses orales, à travers l'activité des lèvres, de la langue, du palais, du larynx et du pharynx.

Cela permet de comprendre qu'à un âge précoce les tensions liées aux problèmes de la relation mère-enfant puissent retentir sur le fonctionnement de la zone oro-alimentaire, et que, faute d'autres moyens, le nourrisson ou l'enfant jeune soit amené à réagir à ces tensions par une perturbation de la fonction oro-alimentaire.

Il faut aussi noter là la place que donne J. Bowlby à la succion dans la satisfaction du besoin primaire d'attachement du bébé à sa mère, indépendamment de l'intérêt alimentaire.

Nous allons décrire ces troubles de la fonction oro-alimentaire en suivant grosso-modo la chronologie de leur apparition dans le développement de l'enfant.

### A) COLIQUES IDIOPATHIQUES DU PREMIER TRIMESTRE

C'est un trouble qui apparaît peu de temps après le retour de la clinique d'accouchement, donc avec un intervalle libre de 8 à 10 jours après la naissance.

Après un repas, alors que l'enfant est en train de s'assoupir, ou qu'il dort déjà, il est brusquement réveillé et se met à crier et à gesticuler. Cela évoque une faim douloureuse ou une souffrance digestive. Si l'enfant est nourri à ce moment, il se calme pour un bref laps de temps, mais peu après recommence à crier et à gesticuler, à donner des signes de souffrance.

Ce syndrome est à prédominance vespérale et nocturne.

En contraste avec cette symptomatologie d'apparence digestive, les selles sont le plus souvent normales. Dans certains cas pourtant, elles sont diarrhéiques, à type de diarrhée post-prandiale.

L'examen clinique permet souvent de trouver un certain degré de météorisme abdominal. Un cliché sans préparation de l'abdomen montre dans ces cas une distension gazeuse de l'intestin.

La relation entre les repas et les crises douloureuses est le plus souvent remarquée par la mère, ce qui amène des essais de changement de lait, de modifications du régime, de l'horaire des repas etc. qui sont sans efficacité. Les différents médicaments qui ont été essayés sont également inefficaces, ou n'ont qu'un effet très transitoire.

Par contre on a remarqué que les coliques idiopathiques n'existaient pas chez les enfants élevés en collectivité et qu'elles disparaissaient lorsque l'enfant est *séparé de sa mère.*

Deux autres moyens ont une efficacité immédiate : la *sucette* et le *bercement.*

Deux facteurs étiologiques ont été mis en évidence par Spitz et après lui par d'autres auteurs :

— *L'hypertonicité* de l'enfant, qui peut se remarquer dès la naissance, s'associant à une facilité au déclenchement des réflexes archaïques et à un comportement de voracité au moment de l'allaitement ;

— *L'attitude de la mère,* que Spitz a qualifié de « sollicitude primaire excessive et anxieuse » et qu'il décrit comme le besoin qu'a la mère de supprimer immédiatement les cris de son nourrisson en l'alimentant et comme une incapacité de sa part à interpréter autrement que comme un besoin alimentaire les cris de l'enfant. Cela provoque un cercle vicieux : si l'enfant exprime par ses cris un autre besoin que le besoin alimentaire, l'allaitement ne le calmera que provisoirement, la suralimentation surchargera son appareil digestif, augmentant les causes de tension interne sans supprimer pour autant la cause primitive, d'où un besoin accru de décharge, une recrudescence des cris interprétée à nouveau comme un besoin alimentaire etc. Les enfants hypertoniques sont supposés avoir plus de tensions internes à décharger, d'où la fréquence du trouble chez eux.

La séparation de l'enfant d'avec sa mère rompt ce cercle vicieux et c'est ce qui explique l'effet symptomatique d'une hospitalisation, non justifiée le plus souvent étant donné le caractère bénin sur le plan somatique du trouble.

La sucette et le bercement permettent à l'enfant de décharger ses tensions internes sans surcharger son appareil digestif.

Le dernier élément clinique de ce syndrome est sa *disparition au cours du troisième mois,* sans que l'on sache bien quel est l'avenir psychique ou psycho-somatique des enfants qui en ont souffert. Spitz explique la disparition des coliques idiopathiques dans le courant du troisième mois par l'apparition de nouvelles voies de décharges des tensions psychiques, au moment où l'enfant commence à organiser sa relation d'objet et son Moi.

## B) VOMISSEMENTS PSYCHOGENES

Les nausées et les vomissements d'origine psychique sont très fréquents dans l'enfance. Mais il s'agit d'une pathologie encore mal explorée, tant sur le plan clinique que sur le plan psychopathologique.

Il importe tout d'abord de ne pas interpréter comme psychogène un vomissement d'origine organique. Cela ne pose pas de problème lorsque le contexte clinique de l'affection organique est évocateur, ce qui est le cas dans les maladies fébriles, la plupart des atteintes digestives et méningées. Il peut être plus difficile de déceler une atteinte hépato-biliaire, d'apprécier l'origine de vomissements chez un nourrisson, mais il faut surtout se méfier des

tumeurs intra-crâniennes et en particulier des tumeurs du 4e ventricule, qui peuvent s'accompagner de troubles du caractère et par là orienter faussement vers une étiologie psychogène.

Parmi les vomissements à l'origine desquels on peut invoquer des facteurs psychiques et mis à part les vomissements accompagnant une affection psycho-somatique (migraine, vomissements cycliques etc.) ou de mécanisme hystérique, il faut distinguer :

— les vomissements accompagnant les réactions émotionnelles intenses, l'angoisse : c'est le cas par exemple des enfants anxieux qui vomissent le matin avant de partir à l'école ;

— les comportements de l'enfant qui vise à se faire vomir, par introduction dans la bouche d'un objet ou d'un doigt, pour déclencher le réflexe nauséeux physiologique. Souvent ce sont des comportements d'opposition qui ont pour but d'obtenir des bénéfices secondaires ; d'autres fois ils sont le moyen pour l'enfant d'exprimer une réelle angoisse. Plus étranges sont les comportements observés chez des enfants très jeunes, dès l'âge de 6 mois (L. Kreisler), qui peuvent aboutir à des tableaux de déshydratation aiguë ; on retrouve en général à l'origine de ces comportements un événement qui prend une signification traumatique pour le nourrisson (séparation inopinée brutale ; dans un cas de L. Kreisler, la mère s'était mis un masque pour éviter la contagion) ;

— des vomissements dus aux efforts des musculatures abdominales et diaphragmatiques, sans introduction d'un objet ou d'un doigt dans la bouche. On les observe chez certains enfants anorectiques, qui ne refusent pas la nourriture, se laissent nourrir passivement, mais régurgitent tout dès que le repas est terminé. C'est aussi le cas du mérycisme, qui est décrit dans le prochain paragraphe.

Chez ces nourrissons vomisseurs, on observe souvent une hyperoralité, avec notamment une hyperactivité de succion, quelquefois une véritable « oralité frénétique » (Ph. Gutton).

On estime que la moitié des vomissements des nourrissons est de nature fonctionnelle, mais il est difficile de préciser le pourcentage de ceux pour lesquels une étiologie psychique est prévalente. Il existe en effet des vomissements fonctionnels d'origine « organique » (liés à une béance du cardia par exemple).

### C) LE MERYCISME

Ce syndrome associe deux éléments essentiels :

— *un vomissement provoqué* par un effort de contraction des musculatures thoraco-abdominale et diaphragmatique ;

— *une rumination du bol alimentaire régurgité dans la bouche :* l'enfant mâchonne interminablement les aliments qu'il a régurgités, puis les avale, puis les régurgite à nouveau etc.

Tantôt le vomissement est important et conduit à des troubles de dénutrition et de déshydratation ; tantôt il est très limité, l'enfant réussissant à ne régurgiter que ce qu'il garde dans sa bouche pour le ruminer.

On a remarqué que pendant ces périodes de rumination l'enfant paraît replié sur lui-même, désintéressé de tout ce qui se passe autour de lui ; il a le regard vague. On a parlé d'attitude autistique (M. Soulé). En dehors de la motricité mise en jeu par les mécanismes de régurgitation et de rumination, l'enfant est complètement immobile et dans un état d'atonie musculaire.

Le mérycisme alterne souvent et quelquefois s'associe avec des activités auto-érotiques répétitives, telle la succion du pouce, la manipulation d'une partie du corps (cheveux, oreilles), la masturbation.

Il n'y a pas d'anomalie de l'appétit qui est conservé voire augmenté.

Ce syndrome, plus fréquent chez les garçons que chez les filles, survient notamment *au cours du second semestre* de l'existence. L'enfant n'a son activité de rumination que lorsqu'il est isolé ou lorsqu'on ne fait pas attention à lui. Dès qu'on entre en relation avec lui et qu'on cherche à le stimuler, il abandonne cette activité.

Dans les observations publiées, il y a presque toujours, avant l'apparition du mérycisme, *une certaine déprivation de relation avec la mère,* ou encore l'interdiction d'une activité auto-érotique comme la succion du pouce. Il n'y a pas de carence maternelle totale, mais soit une carence partielle, soit une anomalie qualitative de la relation. La mère est incapable de répondre à certains besoins de l'enfant et en particulier à ses besoins relationnels. On a décrit chez les mères d'enfants mérycistes une agressivité inconsciente importante, avec parfois des fantasmes de mort de l'enfant, mais surtout des comportements de type obsessionnel, avec une grande ritualisation des techniques d'élevage du nourrisson, un manque de nuance et de souplesse dans la relation mère-enfant.

Il n'est pas facile de comprendre *la signification psychopatologique du mérycisme.* Comme le souligne M. Soulé, il semble que ce soit le schème moteur anormal qui consiste à faire réapparaître le bol alimentaire dans la sphère des sensations bucco-pharyngées, qui permette d'en comprendre le sens : lorsque le bol alimentaire quitte la muqueuse œsophagienne l'enfant perd les sensations qui y étaient attachées ; dans la mesure où l'alimentation est identifiée à la mère, (parce qu'elle est incapable d'apporter d'autres satisfactions à l'enfant), cette perte des sensations dues au bol alimentaire signifie pour l'enfant une perte d'objet et tous ses efforts musculaires tendent à maîtriser cette perte en faisant réapparaître et durer les sensations en question. On a pu comparer ce mécanisme au jeu des enfants qui consiste à faire disparaître et réapparaître un objet et que S. Freud déjà avait interprété (jeu de la bobine) comme un exercice de maîtrise par le jeu de la disparition et de la réapparition de la mère. Mais ici, au lieu que cette maîtrise débouche sur une élaboration dans le jeu et aille dans le sens d'une socialisation, l'enfant se replie sur lui-même et vit son besoin de maîtrise en circuit fermé, sans possibilité d'élaboration.

*Le traitement du mérycisme* nécessite souvent une séparation du milieu familial, voire une hospitalisation, étant donné l'importance des troubles de dénutrition ou de déshydratation. Un maternage intensif vient toujours à bout du symptôme : peu à peu, l'enfant reprend goût à la relation avec les personnes.

Une prise en charge du milieu familial et en particulier de la mère est indispensable pour éviter soit la réapparition du mérycisme au moment du retour dans le milieu familial, soit la structuration d'autres troubles.

Ce syndrome a un pronostic à brève échéance favorable, à condition qu'il soit reconnu, sinon la vie de l'enfant peut être menacée. A long terme on ignore quel est son avenir, qui n'est probablement pas univoque, étant donné les possibilités de restructuration au cours des expériences ultérieures.

OBSERVATION CLINIQUE

Bernard, 4e enfant d'une fratie de 4, naît dans des conditions satisfaisantes, au terme d'une grossesse normale, mais non désirée et survenue malgré la pose d'un stérilet. L'accouchement est à terme, le cri est immédiat, le poids de naissance est de 4 450 g.

Pendant ses six premiers mois, il ne donne aucun souci particulier. A six mois il commence à vomir un peu. On attribue cela à un régime trop riche et on conseille à la mère de réduire les apports alimentaires. Cependant les vomissements s'aggravent. En 2 mois il perd 1 500 g. Il est hospitalisé dans un service de pédiatrie à 9 mois et on constate alors qu'il se fait vomir en se mettant un doigt au fond de la gorge, qu'il garde dans sa bouche une partie de ce qu'il a vomi et le rumine. On remarque aussi que ce comportement cesse dès qu'une infirmière prend le temps de s'occuper de lui, mais qu'il reprend dès qu'on laisse Bernard seul.

Il est vu en consultation de pédopsychiatrie, après sa sortie de l'hôpital, à l'âge de 11 mois. Devant cette symptomalogie le diagnostic de mérycisme est porté. On apprend que lorsque Bernard a eu 6 mois la mère a recommencé à travailler dans le commerce familial. On constate que c'est le père et non la mère, qui s'est inquiété de l'état de son fils ; la mère ne se rendait pas compte de la gravité de cet état. Elle reconnaît elle-même qu'elle n'est jamais détendue lorsqu'elle s'occupe de Bernard, elle est plus préoccupée par ses autres enfants que par lui et a du mal à lui consacrer le temps nécessaire.

Bernard apparaît comme un enfant vif, éveillé, tout à fait normalement développé pour son âge. Il semble préférer être dans les bras de son père, plutôt que ceux de sa mère. Au cours de son hospitalisation qui a duré trois semaines, ses régurgitations ont disparu, mais depuis qu'il est revenu à la maison elles ont réapparu.

Peu de temps après cette consultation un médecin a demandé un test à la sueur, car il y avait des antécédents de mucoviscidose dans la famille. Le test s'est révélé douteux. Bernard a alors été hospitalisé dans un autre service de pédiatrie pour refaire et compléter les explorations. Elles se sont révélées normales. Mais Bernard est resté 3 mois hospitalisé.

A sa sortie de l'hôpital il est revu en consultation. Il a acquis la marche. Les régurgitations et le mérycisme ont complètement disparu. Bernard a repris du poids. Les symptômes ne sont pas réapparus au retour à la maison. L'enfant semble poursuivre un développement sensiblement normal.

## D) L'ANOREXIE « NERVEUSE »

L'anorexie dite nerveuse du nourrisson est la plus fréquente des perturbations fonctionnelles de la sphère oro-alimentaire. Le tableau le plus typique en est réalisé par l'anorexie du 2e semestre que nous allons d'abord décrire, avant d'aborder les variantes cliniques.

### L'anorexie « nerveuse » du 2e semestre

C'est le refus de l'alimentation par un enfant qui jusque-là s'était alimenté normalement. Plus ou moins brusquement *il se met à refuser, de façon plus ou moins totale, la nourriture* qui lui est proposée par sa mère.

Le comportement de l'enfant n'est pas univoque :

— soit il adopte une attitude passive pendant le repas, laissant sa mère le gaver, sans participation active aucune, pour rejeter ensuite par un vomissement la plus grande partie de la nourriture ingérée. Certains de ces enfants, qui commençaient à s'alimenter seuls, régressent à une attitude passive : il faut à nouveau leur donner à manger.

— soit il a une attitude active d'opposition : il serre les dents, tourne la tête pour fuir la cuiller présentée par sa mère, recrache au fur et à mesure ce que sa mère a réussi à introduire dans sa bouche. Il y a ici au contraire un refus de toute passivité.

En contraste avec le manque d'appétence pour la nourriture solide, ces enfants ont *une soif intense,* absorbent de grande quantité de liquide et souvent s'aident d'ingestions de liquides pour faire passer le solide, à chaque bouchée il faut leur donner à boire. Ce contraste entre le comportement vis-à-vis de la nourriture liquide et le comportement vis-à-vis de la

nourriture solide a été interprété comme une régression, car le premier mode d'alimentation de l'enfant est celui d'une alimentation liquide, son premier besoin est la soif et non la faim (cf. R. Spitz).

Il est souvent clair aussi que l'enfant évite l'activité de mastication débutant normalement à la fin du 1er semestre ou au début du second : il garde indéfiniment dans sa bouche les aliments sans pouvoir les mastiquer, il les laisse s'amollir et s'effriter peu à peu et ne peut les déglutir qu'à la faveur d'une gorgée de liquide. Plus tard on le voit grignoter avec ses incisives, mais éviter l'usage de ses molaires.

En parallèle avec le comportement de l'enfant, il faut décrire *le comportement de la mère pendant les repas.* Celle-ci met tout en œuvre pour *forcer le refus d'alimentation* ; soit par des manœuvres de séduction, elle assortit le repas de jeux, d'histoires, de chansons ; soit par des mesures coercitives plus ou moins brutales : pincer le nez pour forcer l'enfant à ouvrir la bouche, le maintenir, voire le ligoter pour l'empêcher de tourner la tête, de repousser la nourriture avec ses mains etc. ; soit enfin en profitant d'une baisse de vigilance pour alimenter l'enfant, au moment où il somnole, ou même pendant son sommeil.

*Des circonstances déclenchantes* sont assez souvent retrouvées. La plus fréquente est le sevrage ou l'ablactation avec introduction dans le régime de l'enfant d'une nourriture solide. Cette circonstance d'apparition est si fréquente qu'on a dénommé l'anorexie nerveuse du 2e semestre « anorexie du sevrage ». Une autre circonstance fréquente est une maladie intercurrente, entraînant une période de diminution de l'appétit qui devient l'origine d'un conflit durable entre la mère et l'enfant. Il est plus rare de trouver une circonstance extérieure ayant modifié la vie de l'enfant (séparation d'avec la mère, naissance d'un puîné etc.).

*La personnalité des enfants anorectiques* présente certaines caractéristiques : il s'agit en général d'enfants vifs, éveillés, curieux, plutôt précoces dans leur développement psycho-moteur.

La plupart des auteurs citent une fréquence plus élevée d'anorexie du 2e semestre chez les filles que chez les garçons.

*Les mères des enfants anorectiques n'ont pas une personnalité bien typée :* les unes sont angoissées, ont un caractère phobique ; les autres sont rigides, obsessionnelles, imposant à l'enfant un régime et des horaires stricts au mépris de ses besoins réels ; d'autres encore ont une structure dite psychosomatique marquée par une incapacité à mentaliser les conflits ; chez d'autres enfin, il n'est pas possible de déceler des troubles psychopathologiques précis. Dans tous les cas cependant, ces mères focalisent les aspects conflictuels de leur relation à leur enfant sur l'alimentation, elles ne peuvent supporter les variations de l'appétit de l'enfant et pour elles tout se passe comme si elles devaient prendre activement à leur charge l'alimentation de leur enfant au lieu de laisser celui-ci régler spontanément son appétit. Le refus de nourriture de l'enfant provoque chez elles soit une angoisse profonde, soit une blessure narcissique intolérable, ce refus signifiant pour elles un échec dans leur fonction maternelle.

**Variantes cliniques :**

- SELON LA GRAVITÉ :

On peut distinguer avec M. Lelong et L. Kreisler :

— *une forme simple, d'allure réactionnelle,* c'est-à-dire cédant à une modification du comportement de la mère ; ce sont ces formes d'anorexie du 2e semestre pour lesquelles on retrouve une cause déclenchante : sevrage ou ablactation, maladie intercurrente ; une intervention simple aidant la mère à apaiser son angoisse au sujet de l'alimentation de son enfant et lui permettant de laisser celui-ci régler seul son appétit suffit à supprimer le trouble ;

— *une forme complexe,* dans laquelle le trouble résiste à une simple modification de l'attitude de la mère vis-à-vis de l'alimentation de son enfant. Il n'y a plus seulement comportement de refus, opposition à la mère, mais trouble de l'appétit voire de la faim dans certaines anorexies graves. L'enfant paraît indifférent à la nourriture. Ici c'est plus l'aspect pathologique de la relation « mère-enfant » qui paraît en cause, plutôt qu'une circonstance déclenchante précise.

• Selon l'age :

*L'anorexie « essentielle » précoce :* apparaît dès les premières semaines de l'existence, souvent chez des enfants de petits poids. L'enfant a une attitude passive vis-à-vis de l'alimentation, il tète sans énergie. Parfois des vomissements psychogènes s'y associent. L'évolution peut être très inquiétante tant sur le plan somatique que psychologique.

*L'anorexie de la seconde enfance :* fait le plus souvent suite à une anorexie du 2e semestre, mais elle peut s'installer dans le courant de la 2e ou de la 3e année chez un enfant qui jusque-là s'alimentait sans problème. Elle prend souvent la forme de « caprices alimentaires », c'est-à-dire de refus électif de certains aliments (viande par exemple). Ces caprices masquent souvent des mécanismes phobiques.

**Evolution et pronostic**

L'anorexie « nerveuse » du nourrisson, contrairement à l'anorexie mentale de l'adolescence, ne met pas en jeu le pronostic vital. L'enfant poursuit sa croissance, avec cependant un certain retard, plus marqué pour le poids, que pour la taille. Sur le plan somatique il n'est pas plus fragile qu'un autre enfant.

Le symptôme disparaît toujours en tant que tel, soit au bout de quelques semaines ou mois dans les formes simples correctement traitées, soit au bout de quelques années, dans les formes plus complexes. Souvent cependant il persiste des « caprices alimentaires », des dégoûts électifs. Parfois une période de boulimie fait suite à l'anorexie.

Sur le plan psychopathologique, il y a souvent des séquelles, même dans des formes apparemment simples (cf. L. Kreisler). Ces séquelles sont surtout de deux types :

— les troubles du caractère : avidité, intolérance aux frustrations, difficultés à supporter la rivalité avec les contemporains etc.,

— des troubles scolaires : troubles de l'appétence scolaire qui font suite aux troubles de l'appétit. L'enfant adopte une attitude à l'égard de la nourriture scolaire analogue à celle qu'il avait à l'égard de l'alimentation : il paraît indifférent, peu motivé, l'absorbe comme à regret ou la refuse franchement.

**Le traitement :**

Il dépend de la complexité du cas. Dans les formes les plus simples, il peut se réduire à quelques entretiens avec la mère, qui l'aident à apaiser son angoisse ou sa culpabilité et à

lui permettre de ne plus forcer l'appétit de son enfant. Les pédiatres ont un rôle capital à jouer dans ce domaine, comme le prouve le fait que depuis qu'ils ont pris conscience de ce rôle, le nombre des enfants anorectiques a considérablement diminué.

Dans les formes plus complexes et plus durables, il faut recourir à un abord psychothérapique de la mère, ce qui est loin d'être simple chez ce type de mères qui ne viennent pas consulter pour elles-mêmes.

## E) L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENCE

Ce syndrome doit être cité parmi les troubles fonctionnels, étant donné les perturbations de l'appétit qui en sont un des symptômes essentiels. Mais il forme une entité bien particulière et survient à un âge spécifique, aussi son étude sera-t-elle reprise dans le chapitre traitant de la psychopathologie de l'adolescence dans le volume II. Nous ne ferons ici que passer en revue ses principaux aspects.

Relativement fréquente, elle se voit essentiellement chez la jeune fille, peu après la puberté.

La conduite alimentaire est faite d'une restriction systématique par désir de maigrir, idée obsédante qui s'exprime encore dans d'autres attitudes alimentaires : vomissements provoqués, purgatifs, escamotage des aliments. A la *restriction volontaire* du début, s'associe bientôt une authentique *anorexie* par perte d'appétit.

*L'amaigrissement* est progressif, de plus en plus impressionnant. *L'aménorrhée* complète la symptomatologie clinique ; elle est souvent précoce, précédant la maigreur et traduit l'existence d'un processus psychosomatique complexe.

L'état psychique n'est pas fait d'une maladie mentale systématisée ; le comportement reste adapté dans l'ensemble ; il existe même une hyperactivité physique très caractéristique (gymnastique, sports, etc.) et intellectuelle avec un important investissement du domaine scolaire ou universitaire très habituel

L'évolution spontanée est souvent inquétante au point de vue physique (cachexie progressive qui peut être encore, bien que rarement, mortelle) comme sur le plan psychologique.

Sur le plan de *la compréhension psychodynamique,* disons ici que l'anorexie se situe dans une problématique très conflictuelle faite, plus ou moins selon le cas, d'une profonde ambivalence envers la mère et son image interne, d'une angoisse massive au niveau du corps dont il s'agit de nier les besoins, sexuels notamment, mais qui paradoxalement est érigé en instrument de la réalisation des désirs de toute puissance narcissique de l'adolescente.

*La thérapeutique* doit comprendre souvent un isolement du milieu familial et la réalimentation progressive, toujours un abord psychothérapique (difficile) de l'adolescente et une action au niveau des parents.

## F) BOULIMIE - HYPERPHAGIE

Les comportements boulimiques sont très fréquents chez l'enfant et ils ne sont pas rares chez l'adolescent, mais ils ont été beaucoup moins étudiés que les comportements anorectiques.

Il faut distinguer l'hyperphagie habituelle qui s'accompagne en général d'obésité et les crises de boulimie.

1) **L'hyperphagie habituelle**

Elle n'a pas une signification univoque. On peut, en suivant H. Bruch, distinguer trois formes :

— l'hyperphagie sans problème émotionnel sous-jacent et dépendant surtout d'habitudes alimentaires familiales, peut-être aussi de facteurs héréditaires ;

— l'hyperphagie conséquence ou symptôme de problèmes émotionnels. L'enfant réagit à des conflits psychologiques par une boulimie compensatrice ;

— l'hyperphagie d'enfants immatures, incapables de supporter des frustrations et de tolérer un délai pour une satisfaction.

Le même auteur propose un schéma explicatif tiré de ses observations sur **les relations familiales des enfants obèses par hyperphagie :** le père joue un rôle effacé et est plus ou moins soumis à son épouse - *la mère a un rôle prépondérant* ; elle est étroitement liée à son enfant et véhicule par une nourriture surabondante son affection et sa sollicitude. L'enfant réagit par une demande alimentaire croissante et un désir de satisfaction immédiate. La nourriture n'est pas seulement l'objet de la satisfaction d'un besoin naturel, mais devient le vecteur de charges émotionnelles très intenses entre la mère et l'enfant et le moyen privilégié de calmer l'angoisse et la culpabilité de part et d'autre. La demande, l'insatisfaction sont donc comblées par une réponse uniforme passe-partout, la satisfaction alimentaire. Il en résulte l'écrasement de la distance entre le besoin et la satisfaction, distance et temps de suspens essentiels où se situent l'imaginaire halluciné, la sublimation et, comme dit Trémolières, le transfert de la volupté de la chair à la volupté de l'esprit. Il en résulte des mécanismes mentaux et des habitudes qui pousseront l'enfant à résoudre toute difficulté par le moyen de la nourriture et non par l'élaboration symbolique et fantasmatique.

Dans tous les cas le traitement de ces hyperphagies habituelles nécessite la conjonction de mesures diététiques et psychothérapiques. Le plus important et souvent le plus difficile est d'obtenir la collaboration de l'enfant au traitement ; cela est souvent d'autant plus difficile que ces enfants sont particulièrement passifs. La plupart des auteurs signalent que les psychothérapies profondes, lorsqu'elles sont nécessaires, sont particulièrement difficiles à mener.

2) **Les crises de boulimie :**

Tout comme l'adulte, l'enfant et l'adolescent peuvent avoir des crises de boulimie en réponse aux à-coups émotionnels.

Des crises de boulimie se rencontrent, par ailleurs, dans les syndromes psychotiques, avec souvent des perturbations marquées du goût, telle la coprophagie.

Récemment on a décrit des crises de boulimie survenant dans l'évolution de l'anorexie mentale de l'adolescence.

G) POTOMANIE

Décrite en 1905 par Achard et Ramon, la Potomanie infantile n'a donné lieu depuis qu'à très peu de publications.

Il s'agit d'un trouble de la soif d'origine psychique, qui se traduit par *l'absorption de quantités très importantes de liquide,* plusieurs litres par jour, et s'accompagnant d'une polyurie secondaire. Le plus souvent les enfants potomanes absorbent de l'eau, mais s'ils en sont privés, ils iront jusqu'à boire leurs urines.

Dans la personnalité des potomanes, on a décrit d'une part des aspects obsessionnels : idée obsédante de la boisson ; et d'autre part des aspects hystériques : vantardise, mythomanie.

*Il semble en fait que la potomanie puisse appartenir à de nombreux tableaux psychopathologiques différents.*

Il n'est pas exceptionnel qu'un certain degré de potomanie s'observe chez les énurétiques (Cl. Launay).

La psychopathologie de la potomanie est encore très mal connue. On a invoqué pour en rendre compte une régression au stade le plus primitif de la satisfaction alimentaire, qui correspond à une alimentation liquide (J. de Ajuriaguerra).

L'un des problèmes les plus délicats posés par la Potomanie est celui de *son diagnostic différentiel parmi l'ensemble des syndromes polyuro-polydipsiques :*

— le diagnostic avec le diabète glycosurique ne pose pas de problème,

— le diabète insipide néphrogénique sera éliminé d'après les épreuves fonctionnelles rénales.

— le diabète insipide d'origine hypothalamo-hypophysaire pose les problèmes les plus difficiles, d'autant plus qu'une potomanie peut se greffer sur un authentique diabète insipide et qu'un diabète insipide par entraînement peut être secondaire à une potomanie. Certains ont proposé une épreuve permettant de différencier ces cas : on traite de façon symptomatique le syndrome polyuro-polydipsique par des extraits post-hypophysaires dans un premier temps; puis par un placebo ; si la polyurie disparaît de manière durable, il s'agit d'un diabète insipide induit par la potomanie ; si elle réapparaît lorsqu'on passe au placebo, il s'agit d'un diabète insipide associé à une potomanie. En fait, même les résultats de cette épreuve ne permettent pas toujours de trancher.

## H) ABERRATIONS ALIMENTAIRES

En dehors des activités alimentaires normales, certains enfants portent à la bouche n'importe quel objet. Ce phénomène se produit en général chez des enfants de 4 à 12 mois ; il diminue en fréquence et en intensité peu à peu mais il peut se prolonger parfois, notamment chez certains enfants ayant une hyperoralité ou bien encore chez les enfants avant une évolution déficitaire.

A propos du *pica,* ou complaisance dans l'absorption de substances non alimentaires telles que savon, terre, craie, papiers, L. Kanner a montré qu'il peut exister chez l'enfant en bas âge ; ce type de comportement du petit enfant lorsqu'il est épisodique et non discriminatif peut n'être qu'une exploration par voie buccale des objets environnants. Mais lorsqu'il est persistant, sévère, même précocément, il existe des troubles relationnels mère-enfant entraînant notamment une privation ou une insécurité importantes pour l'enfant ; des évolutions déficitaires (parfois avec une organicité) ou psychotiques peuvent aussi être en cause.

Les jeux fécaux et la coprophagie sont rarement observés dans l'enfance. Bien sûr un certain intérêt voire même le barbouillage avec les fécès peuvent se voir indépendamment d'un contexte pathologique mais *la coprophagie* elle-même est une conduite parfaitement aberrante. Dans les cas observés par R. Spitz, les mères présentaient un comportement hostile, rejetant, alternant avec des périodes de sollicitude (de compensation). Dans tous les cas que nous avons vus, les relations mère-enfant étaient très insatisfaisantes et le rejet maternel notable. Dans certains travaux, on trouve un nombre étonnamment important d'enfants coprophages qui ont été maltraités par leur mère.

## III - TROUBLES CARDIO-RESPIRATOIRES

Dans ce paragraphe nous étudierons un syndrome : le spasme du sanglot. Il y a d'autres troubles des voies respiratoires pour lesquels sont en cause les relations entre psyché et soma, mais ils ne répondent pas à la définition des troubles fonctionnels. Ainsi en est-il de l'asthme infantile, qui entre dans le cadre des maladies psycho-somatiques, de certaines toux qui sont soit de nature allergique et entrent dans le cadre de la pathologie psychosomatique, soit ont la valeur de tics ou de symptômes de conversion hystérique.

### SPASME DU SANGLOT

Il s'agit d'une forme amplifiée de la pâmoison et de la perte de souffle, qui interrompt le cri chez beaucoup de jeunes enfants. Il aboutit à la perte de la conscience et parfois, si la perte de conscience se prolonge, à des convulsions.

Son âge de survenue est bien délimité : entre le 2e semestre de la première année et le début de la 3e. Cependant dans une minorité de cas (10 à 15 %), il peut persister jusqu'à 5-6 ans. Il est aussi fréquent chez les filles que chez les garçons. Il survient par crises, tantôt quotidiennes, voire pluri-quotidiennes.

Ses circonstances de survenue sont bien particulières : il survient toujours en relation avec quelqu'un, le plus souvent la mère ; il est toujours en corrélation avec un violent affect, soit de colère, soit de douleur.

*Il en existe deux aspects cliniques :* la forme bleue ou cyanotique, la forme pâle.

Les travaux des neurophysiologistes (Gastaut, Lombroso) ont mis en évidence les mécanismes impliqués dans ces deux types de spasmes :

— inhibition respiratoire associée à une hypocapnie responsable d'une vaso-constriction donc d'une ischémie cérébrale, dans la forme bleue,

— inhibition cardiaque avec syncope, dans la forme pâle.

Dans les deux cas il y a une anoxie cérébrale qui entraîne la perte de conscience et les convulsions, si celle-ci se prolonge.

Par ailleurs, les travaux physiologiques ont montré qu'il y avait une très forte corrélation positive entre la sensibilité à l'épreuve de la compression oculaire et l'existence de spasmes du sanglot. Cela pose le problème du « terrain » ou de la complaisance somatique.

a) *la forme bleue :* est de loin la plus fréquente, et seule mérite au sens strict le nom de spasme du sanglot.

Le spasme du sanglot est déclenché par une frustration, une réprimande, une contrainte. L'enfant se met à crier de fureur, sa respiration s'accélère, puis après une secousse stridoreuse le thorax se bloque en expiration. L'enfant se cyanose, puis perd conscience et tombe, hypotonique. Parfois les globes oculaires se révulsent.

Il peut y avoir une crise convulsive, le plus souvent tonique, parfois avec quelques secousses cloniques, avec ou sans perte d'urines.

b) *La forme pâle :* est moins fréquente (environ 20 % des cas) ; elle est en fait une syncope du type « vaso-vagal ».

L'affect qui déclenche la crise n'est pas le même : il s'agit d'une douleur subite ou d'une peur, d'une émotion qui prend l'enfant par surprise.

L'enfant pousse un cri, puis tombe très pâle sans connaissance. Parfois il ne pousse même pas de cri avant de tomber.

Les crises convulsives sont plus fréquentes que dans la première forme. Elles apparaissent au-delà de 10 secondes de syncope. Elles se font en hypertonie, avec souvent opisthotonos. Parfois il y a quelques secousses cloniques.

Dans les deux formes, la crise dure de quelques secondes à 1 minute. Puis l'enfant reprend conscience, il est abattu, mais le plus souvent calme et ne se souvient même pas des motifs de sa crise. Quelquefois il commence à pleurer, mais le spasme du sanglot ne récidive pas.

c) *Crises mixtes :* dans quelques cas on assiste au passage chez le même enfant de la forme bleue à la forme pâle.

Les crises se répètent de façon identique chez le même enfant et en général dans des circonstances analogues.

*La personnalité des enfants n'est pas la même selon la forme de spasme du sanglot :* dans la forme bleue, il s'agit d'enfants volontaires, opposants, hyperactifs, présentant quel que soit leur sexe, des traits de caractère plutôt virils, dans la forme pâle il s'agit d'enfants plutôt inhibés et passifs.

*L'attitude de l'entourage a une importance fondamentale,* au point que le plus souvent les spasmes du sanglot se produisent toujours en présence de la même personne, volontiers la mère ou le substitut maternel, qui réagit de manière très angoissée et généralement s'efforce d'éviter toute frustration à l'enfant pour empêcher le retour des crises. Cela aboutit à une démission éducative, source de bénéfices secondaires pour l'enfant.

Le spasme du sanglot est assez souvent pris pour une manifestation épileptique. C'est l'interrogatoire précis de l'entourage qui permet de faire le diagnostic. Lorsqu'il s'agit de spasme du sanglot, il y a toujours des circonstances émotionnelles significatives. D'autre part l'E.E.G. ne met jamais en évidence, même pendant la crise, de figures comitiales.

L'association à d'autres troubles fonctionnels, en particulier l'insomnie et l'anorexie, est fréquente.

*Le pronostic est bon à court terme.* L'enfant reprend conscience, il n'y a pas de séquelle neurologique, pas d'avenir comitial. Le symptôme disparaît toujours, le plus souvent au début de la 3e année. Cependant il y a une corrélation significative avec les syncopes émotionnelles de l'adulte. *Par ailleurs l'avenir psychopathologique est beaucoup plus incertain* et probablement moins bénin qu'il n'est habituel de le dire. On a signalé en particulier des troubles du caractère à type d'opposition et d'agressivité.

*Le traitement symptomatique* consiste à rassurer l'entourage, à lui expliquer la bénignité des crises sur le plan somatique et à lui conseiller de reprendre une attitude éducative normale, sans prêter attention aux spasmes du sanglot. Fréquemment les spasmes cèdent dès la première consultation.

*La compréhension psychopathologique de ce trouble fonctionnel n'est pas facile.* L'appareil respiratoire est le siège d'une des fonctions vitales de l'organisme, sa mise en jeu comporte à la fois une excitation muqueuse par le passage de la colonne d'air, d'autre part un exercice moteur. Son fonctionnement entraîne des sensations sources de plaisir, on retrouve là le schéma commun aux fonctions impliquées dans la relation d'objet par étayage. Cependant la fonction respiratoire n'a été que peu étudiée sous cet angle. D'autre part la fonction respiratoire est en jeu dans l'expression des affects par les cris et les sanglots et c'est précisément au paroxysme de l'expression affective, que survient le spasme.

M. Soulé a insisté sur les sensations ébrieuses provoquées par l'asphyxie, qui peuvent devenir l'objet d'une érotisation, ce qu'il compare à une toxicomanie. Il montre d'autre part que la loi biologique qui exige que l'on reprenne sa respiration lorsqu'on est sur le point de perdre le souffle, peut être ressentie par l'enfant comme une limitation à sa toute-puissance. C'est le refus de cette loi, sa transgression, qui prend de la valeur pour l'enfant, qui veut aller jusqu'au bout de sa colère. A cette érotisation de la transgression d'une loi biologique, M. Soulé a donné le nom de « préforme de perversion », à la manière dont on appelle perversion l'érotisation de la transgression d'une loi sociale. M. Fain insiste sur le blocage d'un affect envahissant par le spasme et sur l'incapacité de l'enfant à élaborer cet affect par d'autres voies, tels un comportement hétéro-agressif ou la mentalisation.

## IV - TROUBLES SPHINCTERIENS

Dans le courant de la 2e année, l'enfant acquiert la maîtrise de ses sphincters anaux et urétraux. La maturation nerveuse est la condition de base pour l'acquisition de cette maîtrise. Cependant il ne s'agit pas d'une acquisition automatique mais d'une expérience complexe qui implique plusieurs faits : l'existence de riches sensations, intéroceptives d'une part dues à la réplétion vésicale et rectale, et muqueuses d'autre part lors du passage sur les muqueuses urétrale et anale, richement innervées, des produits d'évacuation ; la maîtrise volontaire des muscles sphinctériens striés, qui permet à l'enfant, à volonté, de se retenir ou d'évacuer à l'extérieur de lui urines et fèces ; l'expérience de faire apparaître quasi « magiquement » les produits de ses évacuations. Enfin tout cela se passe en relation étroite avec l'entourage, et d'abord avec la mère qui demande à l'enfant d'exercer sa maîtrise sphinctérienne dans des conditions bien précises et non à sa guise. A cet âge, les conduites d'évacuation des émonctoires deviennent socialisées ; l'enfant doit répondre non seulement aux lois biologiques de son développement, mais encore aux lois sociales de la bienséance.

Tout cela permet de comprendre que *la maîtrise sphinctérienne peut devenir le symptôme privilégié d'une difficulté relationnelle avec l'entourage* et d'un conflit intra-psychique. Les perturbations fonctionnelles que l'on rencontre dans cette sphère sont en effet extrêmement fréquentes.

## A) L'ENURESIE

L'enurésie se définit : une miction active, complète et involontaire chez un enfant de plus de 4 ans. Il est évident que cette limite d'âge à un caractère plus ou moins conventionnel et que l'énurésie sera d'autant moins préoccupante que l'enfant est plus jeune.

Elle est très fréquente puisqu'elle atteint 10 % des enfants, plus souvent les garçons que les filles (2 garçons pour une fille dans la plupart des statistiques).

Il s'agit d'un symptôme très polymorphe dont il nous faut décrire **les nombreuses variantes cliniques :**

### 1) *Enurésie primaire et secondaire :*

On appelle :

— énurésie primaire, l'énurésie qui fait suite sans hiatus à la période physiologique de non-contrôle sphinctérien,

— énurésie secondaire, une énurésie qui succède à une période de propreté complète.

L'énurésie primaire est de loin la plus fréquente (80 % des cas).

### 2) *Répartition dans le nycthémère :*

On distingue :

— l'énurésie nocturne isolée, la plus fréquente (65 % des cas),

— l'énurésie diurne isolée (3 %),

— l'énurésie nocturne et diurne.

Toutes les combinaisons sont possibles entre les caractères primaire et secondaire, diurne et nocturne. La forme la plus fréquente serait l'énurésie nocturne primaire.

### 3) *Fréquence des mictions :*

On peut distinguer, avec M. soulé :

— l'énurésie totale : l'enfant mouille chaque nuit et éventuellement dans la journée ;

— l'énurésie clairsemée, qui se voit surtout après huit ans. On trouve parfois une corrélation entre les nuits humides et les évènements de la journée précédente.

— l'énurésie intermittente : les accidents énurétiques ne surviennent qu'à certaines périodes et laissent entre eux de longs intervalles libres. Là aussi on trouve des circonstances déclenchantes aux périodes d'énurésie ;

— l'énurésie épisodique : les accidents ne surviennent qu'occasionnellement au cours de maladies, de séparations, d'événements familiaux importants, d'une psychothérapie etc.

### 4) *Associations :*

L'énurésie est fréquemment associée à l'encoprésie (1 fois sur 5 chez les garçons, 1 fois sur 10 chez les filles).

Certains enfants énurétiques ont une tendance à la potomanie. Signalons d'autre part chez les garçons la corrélation positive avec la sténose du pylore, dont on ignore complètement la raison.

5) *Autres caractéristiques :*

L'énurésie nocturne ne mérite aucune description clinique particulière puisque l'enfant urine pendant son sommeil. Il n'en garde aucun souvenir le lendemain matin et s'en aperçoit en se réveillant trempé. Nous verrons plus loin à quelle période du sommeil se situe généralement la miction. Dans quelques cas l'enfant fait des rêves mouillés : il rêve qu'il est dans l'eau, qu'il est en train d'éteindre un incendie ou tout simplement qu'il est en train d'uriner sur le pot ou aux W.C.

Les mictions de l'énurésie diurne se passent dans deux types de circonstances.

Le plus souvent la mère décrit tout un comportement prémonitoire dont la signification masturbatoire est évidente : l'enfant serre les cuisses, se trémousse, porte les mains aux organes génito-urinaires, mais il ne va pas aux toilettes ou s'y précipite trop tard alors que la miction est déjà commencée.

Dans d'autres cas la miction se produit brusquement sans prodromes, dans un contexte d'émotion : peur ou surprise. On a décrit dans cette forme d'énurésie diurne un syndrome *d'éréthisme vésical,* c'est-à-dire que les besoins mictionnels sont plus fréquents que normalement et qu'ils présentent un caractère impérieux ; l'enfant n'aurait pas la possibilité ni le temps de se retenir.

**Le contexte psychologique est très varié**

*La personnalité des enfants énurétiques* est variable et le symptôme a une signification différente suivant les cas. Rappelons le caractère d'autant plus bénin de l'énurésie que l'enfant est plus jeune ; on trouve avec un degré de gravité très variable :

— des opposants, chez lesquels l'énurésie représente une source de jouissance non culpabilisée et un moyen de pression sur l'entourage, soit dans un but inconscient, soit dans un but conscient ;

— des émotifs, immatures, souffrant de labilité émotionnelle et souvent d'immaturité motrice ; c'est chez eux que l'on observe le syndrome d'« éréthisme vésical » ;

— des névrosés, chez lesquels l'énurésie est source de jouissance, mais culpabilisée ; elle coexiste avec d'autres symptômes névrotiques (anxiété, phobies, rituels...) ;

— des carencés ou retardés affectifs : enfants abandonniques, inéduqués, fixés à des modes de satisfaction régressifs ;

— enfin l'énurésie peut se voir chez l'adolescent, où souvent elle a perdu sa signification d'origine et n'est plus qu'une survivance. Dans d'autres cas au contraire, elle est l'expression du désarroi de l'adolescent devant l'explosion des pulsions sexuelles.

*La réaction de l'entourage* est le plus souvent caractérisée par l'intolérance et l'agressivité. Les mères supportent particulièrement mal les dégâts occasionnés à la literie par les mictions nocturnes et le surcroît de travail que cela leur donne. L'énurésie peut donc être l'origine de conflit secondaire entre l'enfant et sa mère. Mais c'est aussi pour l'enfant l'occasion de soins intimes donnés par la mère pour garnir l'enfant afin de préserver la literie, éventuellement pour soigner sa peau irritée. Ces soins, très érotisés, entretiennent le couple mère-enfant dans une sorte de connivence, source pour l'enfant de bénéfices secondaires importants.

L'énurésie pose **deux problèmes de diagnostic différentiel :**

— *Celui des affections urologiques responsables d'incontinence* d'urines, c'est-à-dire d'écoulement passif et incomplet des urines, soit par regorgement, soit par défaillance des

sphincters. Il s'agit d'affections irritatives, tels les calculs de la vessie - infectieuses, telles les cystites aiguës ou chroniques - et anatomiques : abouchement ectopique d'un uretère surnuméraire, obstacle sous-vésical (maladie du col vésical, valvules de l'urèthre postérieur, hypertrophie du veru montanum rétrécissement d'un méat hypospadé atrésie du méat). Dans toutes ces affections urologiques, il y a des anomalies mictionnelles qu'un interrogatoire précis permet de retrouver : difficultés de départ de la miction, efforts mictionnels, lenteur et minceur du jet, dysurie, manœuvres de tiraillement de la verge etc. Au moindre doute il faut demander des explorations urologiques, surtout si l'énurésie est diurne, d'installation secondaire et sans circonstance psychologique claire.

— Celui, beaucoup plus exceptionnel, d'une épilepsie nocturne dont les crises passent inaperçues et qui ne se révèle que par les mictions accompagnant les crises. Si nécessaire, un enregistrement électroencéphalographique, au besoin sous sommeil, viendra lever les doutes.

On a invoqué à l'origine de l'énurésie **plusieurs facteurs étiologiques :**

— héréditaires : il n'est pas rare de trouver chez les ascendants des antécédents d'énurésie, mais rien de précis n'a pu être conclu des études génétiques ;

— l'immaturité neuro-motrice de la vessie : la capacité de la vessie augmente avec l'âge et le volume d'urines intra-vésicales pour lequel le réflexe déclenchant la contraction du muscle vésical, le détrusor, augmente aussi avec l'âge. Certaines études cystomanométriques (Lauret) ont montré que la vessie d'un enfant énurétique se comportait comme une vessie d'enfant plus jeune.

— La profondeur du sommeil est mise en cause dans l'énurésie nocturne. Il est habituel, en effet, que les parents se plaignent du fait que l'enfant dort profondément et qu'ils ont beaucoup de mal à l'éveiller pour lui faire faire ses besoins. En fait les études récentes (Duché et Gabersek) sur le sommeil des énurétiques, grâce à des enregistrements polygraphiques, ont montré que l'organisation du sommeil ne présentait chez eux aucune anomalie ; il n'y a pas en particulier un pourcentage augmenté de sommeil profond. En outre ces études ont montré que la miction survient pendant le sommeil lent et souvent juste avant l'apparition d'une phase de rêve que parfois elle vient remplacer, ce qui illustre les relations entre la miction et la vie psychique nocturne.

— Au total, sans qu'on puisse rejeter l'existence de facteurs constitutionnels favorisants, d'une complaisance somatique qui expliquerait peut-être le choix du symptôme, ce sont *les facteurs psychologiques* qui sont les plus évidents dans la genèse de l'énurésie, comme le montrent : sa fréquence dans les milieux les plus défavorisés, dans les familles dont les parents souffrent de troubles mentaux, chez les enfants ayant connu de multiples séparation du milieu familial, l'existence de circonstances déclenchantes de signification affective : séparation du milieu familial, entrée en internat naissance d'un puîné, etc. ; l'efficacité enfin des thérapeutiques à visée purement psychologique : psychothérapie, psychodrame.

**Le traitement de l'énurésie** est variable suivant le contexte psychologique. Cependant il n'est jamais négligeable d'obtenir une disparition du symptôme, source de conflit secondaire et maintenant l'enfant dans une attitude régressive, à condition de ne pas méconnaître et négliger les difficultés psychologiques sous-jacentes. L'arsenal thérapeutique comporte :

— *La prophylaxie :* qui consiste surtout à éviter un apprentissage trop précoce de la propreté, pas avant l'âge de la marche.

— *L'hygiène :* éviter l'absorption de substances diurétiques (thé, café, cacao) - certains auteurs prescrivent une restriction liquidienne le soir et des régimes hypersalés (régime de Kranogorski).

Surtout il faut obtenir de la mère qu'elle supprime les couches et bambinettes et les soins intimes qu'elle prodigue à l'enfant, pour le faire sortir de son attitude régressive et supprimer les bénéfices secondaires. Mieux vaut protéger la literie par des alèzes ou mieux des substances absorbantes.

— *Des thérapeutiques médicamenteuses :* beaucoup ont été préconisées, avec des succès variables. Seuls aujourd'hui, méritent d'être cités les antidépresseurs de la série de l'Imipramine, qui ont un effet inhibiteur sur les muscles lisses. On ne doit pas les prescrire avant 6 ans.

— *L'information anatomique et physiologique :* il est essentiel de démythifier le symptôme pour l'enfant et de lui faire abandonner l'idée qu'il est victime de quelque chose contre laquelle il ne peut rien faire. Pour cela une brève et simple information anatomique et physiologique sur le fonctionnement de son appareil urinaire est nécessaire.

— *Le conditionnement :* on utilise des appareils placés entre matelas et drap (« pipi-stop ») comportant un circuit électrique qui, en cas de miction, actionne une sonnerie ; ce circuit est interrompu par une couche de matière isolante qui se laisse imbiber par l'urine dès le début de la miction ; le contact est alors mis et la sonnerie réveille l'enfant.

— *La psychothérapie :* elle est souvent nécessaire, mais peut se faire sous trois formes :

- des entretiens répétés, qui permettent d'aider l'enfant à abandonner ses attitudes régressives et de reprendre ses processus maturatifs, de l'aider à accepter l'idée de grandir et à en avoir le désir ;
- le psychodrame à deux, médecin-enfant, préconisé par M. Soulé, qui permet une mobilisation affective rapide et intense ;
- la psychothérapie analytique, qui sera indiquée en fonction du contexte névrotique dans lequel se situe l'énurésie.

## OBSERVATION CLINIQUE

Georges est un garçon de 9 ans. Il est vu en consultation pour une énurésie diurne et nocturne régulière.

Il est le second d'une fratie de 3. Il a une sœur qui a 18 mois de plus que lui et un frère qui a trois ans de moins.

Il est né au terme d'une grossesse normale, l'accouchement a été normal. La mère qui travaillait l'a confié en garde à la journée à sa propre mère pendant ses deux premières années. Elle a arrêté son travail lorsque Georges a eu 2 ans, car elle commençait à attendre son troisième enfant.

Georges a eu un développement assez précoce, il a marché à 14 mois, il parlait déjà bien à la fin de sa deuxième année. Par contre il n'a jamais été propre.

Il est entré à l'école maternelle à l'âge de 2 ans et demi ; cela s'est passé sans difficulté. Il est entré à 6 ans à l'école primaire, sans difficultés apparentes, son travail scolaire est bon, mais son énurésie a eu alors une recrudescence et Georges se plaignait de sa maîtresse.

Sa mère le trouve nerveux, instable, turbulent, prenant, dit-elle, plaisir à taquiner les autres ; elle est assez intolérante à son égard. Le père semble vouloir que ses enfants restent petits ; lui-même paraît immature. D'autre part il fuit dans le travail, qui absorbe presque tout son temps et il s'occupe peu de ses enfants.

Georges a un bon contact, il s'exprime volontiers. Mais on constate deux choses : lorsque l'on parle de son énurésie il devient anxieux, a une instabilité posturale, les larmes aux yeux ; il dit qu'il ne se rend pas compte lorsqu'il fait pipi la nuit, qu'il ne s'en rend compte non plus pendant la journée, mais que parfois il ne vas pas tout de suite aux cabinets lorsqu'il a une envie et qu'ensuite il oublie. D'autre part Georges fait des confusions de dates, notamment à propos de la naissance de son petit frère, dont il est incapable de donner la date de naissance et même simplement l'année de naissance de ce frère. Il semble clair que pour lui l'énurésie a une signification régressive importante et s'inscrit dans un contexte névrotique.

## B) L'ENCOPRESIE

L'encoprésie est le fait pour un enfant ayant dépassé l'âge habituel d'acquisition de la propreté sphinctérienne (2 à 3 ans) de déféquer dans sa culotte.

Les premières descriptions qu'on en a faites remontent à la fin du siècle dernier (Fowler en 1882, Henoch en 1889). Weissenberg invente en 1926 le nom d'« encoprésie ».

Il faut la distinguer des incontinences du sphincter anal, comme on peut en voir dans des syndromes neurologiques et chez certains encéphalopathes.

L'encoprésie est beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, environ 3 garçons pour une fille. Sa fréquence globale est moindre que celle de l'énurésie et va en diminuant avec l'âge (2,8 % à 4 ans, 1,5 % à 8 ans dans une statistique de Bellman).

**Les aspects cliniques** sont multiples.

Comme pour l'énurésie, il faut distinguer une forme primaire, dans laquelle il n'y a jamais eu de période de propreté et une forme secondaire, dans laquelle il y a eu un intervalle où l'enfant a été propre. La survenue de l'encoprésie est presque toujours *diurne* ; l'encoprésie nocturne est exceptionnelle et son existence est même discutée par certains auteurs qui pensent qu'en fait l'enfant est toujours éveillé au moment de la défécation.

La fréquence des accidents encoprétiques est bien entendu variable suivant les enfants, mais la plupart se salissent quotidiennement, voire plusieurs fois par jour. Souvent les accidents encoprétiques se reproduisent chaque jour dans les mêmes conditions et aux mêmes endroits : à la maison, au retour de l'école par exemple, ou pendant les horaires scolaires, ce qui avait fait donné à ce trouble le nom de « défécation involontaire des écoliers » par Marfan (1934).

Le plus souvent, c'est l'odeur qui fait découvrir la défécation par l'entourage, lequel supporte cela particulièrement mal ; aussi l'encoprésie, plus encore que l'énurésie, est-elle une cause de rejet massif par l'entourage. Parfois l'enfant réussit pendant un certain temps à dissimuler ses accidents encoprétiques, surtout si les défécations dans la culotte ne sont pas complètes, ce qui est souvent le cas. C'est la découverte fortuite par la mère de tas de linge souillé, soigneusement caché par l'enfant, qui vient révéler le trouble, fortement culpabilisé. D'autres fois au contraire, l'enfant ne paraît nullement gêné, ni culpabilisé, il semble méconnaître à quel point il indispose son entourage. D'autres fois enfin, il ne cache pas la satisfaction qu'il prend à transgresser ainsi l'interdit maternel et parfois exhibe ostensiblement son linge souillé et reste insensible aux récriminations.

Au total, *on peut distinguer trois types de comportements encoprétiques :*

— **« névrotique »**, dans la mesure où *s'y attachent angoisse et culpabilité ;*

— passif et immature, l'accident survenant *dans une sorte de laisser-aller*, d'inéducation de l'instinct (P. Mâle), c'est le type qualifié de « clochard » par M. Fain ;

— « pervers », dans la mesure ou non seulement il y a fixation ou régression à un mode de satisfaction archaïque et contraire aux lois sociales, mais encore *érotisation de cette transgression et signification agressive évidente du comportement encoprétique.* C'est le type qualifié de « délinquant » par M. Fain.

*L'examen somatique de l'encoprétique* (toucher rectal et palper abdominal) permet, dans la plupart des cas, de trouver :

• une ampoule rectale remplie de matières fécales, ce qui prouve que l'enfant retient son bol fécal et contrarie ainsi par sa commande volontaire les mécanismes normaux d'évacuation ;

• une tonicité normale du sphincter anal, tout au moins une fois que l'ampoule rectale a été vidée ;

• des fécalomes sigmoïdiens (masse de matières fécales durcies à l'intérieur du côlon).

Un cliché sans préparation de l'abdomen permet de visualiser ces fécalomes et montre un certain degré de distension gazeuse du recto-sigmoïde.

*Il y a donc le plus souvent une rétention des matières fécales.* Les psychothérapies d'enfants encoprétiques et, dans certains cas, les observations de l'entourage, montrent que c'est bien cette rétention qui est source de jouissance pour l'enfant et que c'est elle qu'il recherche. On a observé ainsi des enfants qui à certains moments de la journée s'isolaient, s'accroupissaient et faisaient de violents efforts pour retenir leurs selles, voire les faire remonter lorsqu'elles avaient commencé à s'évacuer.

Dans cette forme « rétentionnelle » de l'encoprésie, la défécation dans la culotte survient soit parce que les moyens de rétention de l'enfant sont débordés et qu'il est pris en quelque sorte par surprise, soit parce que la partie périphérique d'un fécalome rectal se liquéfie et échappe ainsi au contrôle du sphincter.

On ne peut faire un tableau caractéristique de **la famille de l'encoprétique,** cependant un certain nombre d'éléments sont fréquemment retrouvés.

L'apprentissage trop précoce de la propreté sphinctérienne par la mère et le souci exagéré qu'elle a des évacuations de son enfant sont d'abord à citer. Ce sont des mères qui contrôlent journellement les évacuations intestinales de leur enfant et qui sont incapables de tolérer un seul jour de constipation ; aussitôt elles utilisent suppositoires ou lavements.

Les mères sont en général profondément angoissées et culpabilisées ; certaines ont des névroses caractérisées.

Les pères sont souvent très peu présents auprès de leur enfant. La relation de l'enfant à son père peut être pauvre, les manipulations autour de l'encoprésie se passent entre la mère et l'enfant à son insu, dans une sorte de connivence plus ou moins culpabilisée ; ou, au contraire le père a un souci tout particulier des évacuations de son enfant et est lui-même très fixé à l'érotisme anal (M. Soulé).

Parfois le foyer est dissocié et plusieurs observations mettent en évidence la relation entre l'éloignement physique du père et la survenue de l'encoprésie.

Au total, plusieurs éléments cliniques, outre le contenu des psychothérapies, montrent une relation entre l'impossibilité pour l'enfant d'accéder authentiquement à son père et l'encoprésie de type rétentionnel. Or dans l'évolution libidinale de l'enfant, la possibilité qu'il acquière de retenir ses matières fécales, caractérisant la deuxième phase du stade anal tel qu'il a été décrit par Abraham, prend pour lui la signification de maîtriser un objet qui lui est propre, qu'il n'a pas reçu de sa mère et qui le fait sortir de l'état de dépendance complète dans lequel il se trouvait jusque-là par rapport à celle-ci. L'accès à une relation au père est aussi une façon pour l'enfant d'obtenir des satisfactions en dehors de sa mère, sans son contrôle. Ainsi le bol fécal peut-il prendre pour l'enfant la signification d'un « pénis anal », venant prendre la place, dans son fantasme, du « pénis paternel ».

Certains auteurs insistent également sur les difficultés de la période orale chez les enfants encoprétiques, marquée par des séparations, des troubles du sommeil, des difficultés alimentaires (Cl. Launay et K. Lauzanne, M. Fain). Le bol fécal prend alors une signification de réparation de ce qui a manqué à la période orale.

**Quant au pronostic,** il faut distinguer là, comme pour les autres troubles fonctionnels, le devenir du symptôme et l'avenir psychopathologique de l'enfant. *Le symptôme finit toujours par disparaître,* le plus souvent progressivement, les accidents devenant de plus en plus rares et espacés. Toutefois dans quelques cas exceptionnels il peut persister jusque dans l'adolescence.

*L'avenir psychopathologique est difficile à connaître* car il y a peu d'études longitudinales de cohortes d'encoprétiques. Une étude assez récente (Cl. Launay et K Lauzanne) tend à montrer qu'il persiste avec une grande fréquence des troubles caractériels du type du caractère « anal » décrit Freud : ordre, parcimonie, méticulosité, avec une pauvreté de la vie affective et sentimentale et une tendance marquée aux réactions comportementales « agies », une pauvreté de la vie fantasmatique. Dans plusieurs observations, il est signalé aussi un manque d'investissement intellectuel et scolaire.

**Le traitement de l'encoprésie ne doit jamais être purement symptomatique,** les mesures visant à supprimer seulement le symptôme ont toujours un effet transitoire et peuvent être ressenties par l'enfant comme agressives et angoissantes. C'est donc par un abord global des conflits psychiques sous-jacents au symptôme, qu'il faut aborder l'encoprésie. Cela nécessite presque toujours une psychothérapie de l'enfant et une prise en charge des parents, ce qui peut aller jusqu'à une psychothérapie individuelle de l'un ou l'autre d'entre eux.

Toutefois certains auteurs (Cl. Launay) pensent que la rétention des matières fécales et l'existence dans le recto-sigmoïde de fécalomes perturbent trop la sensibilité rectale et les réflexes physiologiques pour qu'une guérison puisse être obtenue avant l'évacuation de ces fécalomes, réalisée grâce à des lavements évacuateurs suivis d'une rééducation sphinctérienne. Il est certain que dans quelques cas l'importance des fécalomes, pouvant entraîner des syndromes subocclusifs, force à une évacuation, mais il est non moins certain qu'il faut réduire au minimum les manipulations locales, qui risquent d'être ressenties par l'enfant comme une intrusion très angoissante ou de favoriser une érotisation supplémentaire de la passivité anale. Quant à la « rééducation sphinctérienne », il faut l'envisager comme une aide à apporter à l'enfant grâce à une fonction de « Moi auxiliaire » : lui faire penser à aller aux toilettes, une fois qu'une relation suffisamment confiante a été établie.

OBSERVATION CLINIQUE

Isabelle est vue en consultation à l'âge de 4 ans et demi pour une encoprésie et un retard de langage.

Elle est la 3e d'une fratrie de 4. Il semble que l'encoprésie ait commencé au moment de la naissance de son petit frère, quand elle avait 2 ans et demi. Isabelle est dans une rivalité permanente à l'égard de ses trois frères. Elle est la seule fille de la fratrie.

La mère a avec elle une relation très tendue. Elle ne cache pas qu'elle ne la supporte pas et qu'un jour « elle fera un malheur ». Son entente avec ses fils est bien meilleure. Elle ne cesse de reprocher à Isabelle tous ses comportements, de la soupçonner de « malignité ». Elle souffre de cette difficulté à établir une bonne relation avec sa fille. Elle associe avec les difficultés qu'elle a connues avec sa mère, dont elle me dit que c'était une femme très autoritaire, âgée, qui la soupçonnait de vices sexuels, chaque fois que petite fille elle allait jouer avec des garçons, ou plus tard quand elle sortait avec des jeunes gens. Elle dit que son père était faible, qu'il buvait et qu'elle a assisté à des scènes de violence entre les parents.

L'entente entre les parents n'est pas bonne. Le père, qui a toujours refusé de se déplacer pour venir à une consultation, est devenu sobre après une cure de désintoxication, mais il a été longtemps alcoolique. De toute façon sa femme le décrit comme un homme sauvage, qui s'en va seul sur son bateau pour pêcher et qui fuit les autres personnes.

Isabelle apparaît comme une enfant très dépressive, ne dit rien, ne répond que par des signes de tête, baisse la tête comme si elle était écrasée de culpabilité.

Les accidents encoprétiques, qui étaient quotidiens, régressent progressivement au fur et à mesure des consultations. La mère paraît se détendre nettemnt et commence à avoir une relation plus positive avec sa fille. Cependant au cours des vacances d'été, alors que l'encoprésie avait pratiquement disparu, elle est réapparue le jour où on l'a emmenée chez une dame, qui devait lui faire faire des devoirs de vacances. Isabelle y allait de très mauvais grè ; certains jours elle refusait catégoriquement de travailler.

A la rentrée scolaire suivante l'encoprésie s'est encore accrue. Elle a du redoubler son cours préparatoire, car elle n'avait pas acquis la lecture pendant son premier cours préparatoire.

Une psychothérapie est alors décidée devant la persistance de l'encoprésie et surtout l'aspect dépressif de l'enfant. Voici un résumé du compte rendu de cette psychothérapie, qui est maintenant commencée depuis 15 mois :

« La mise en place de la psychothérapie a été un peu difficile. Isabelle ne voulait venir qu'avec sa mère ; puis elle est venue seule, mais restait la tête baissée, tripotant des objets ; enfin elle a commencé à s'épanouir en prenant la peinture.

A chaque venue la mère se plaint et insiste sur les frais que lui occasionnent les conduites à la psychothérapie. Isabelle insiste pendant les séances sur le fait que ses parents achètent divers objets, comme pour dire que l'on refuse l'effort financier qu'il faut faire pour elle, alors qu'on en a les moyens. Isabelle insiste aussi sur le fait que sa mère s'occupe de ses frères.

Isabelle s'est mise à patouiller la peinture sans jamais réaliser aucun dessin. Elle salissait tout, ses vêtements, les meubles de la pièce de psychothérapie, sa psychothérapeute, ce que celle-ci supportait mal. Peu à peu et au fur et à mesure que la psychothérapeute a réussi à accepter ces comportements salissants, Isabelle a abandonné ses jeux de peinture, elle a commencé à avoir des activités de nettoyage ; puis pour la première fois elle a construit quelque chose : une maison en lego, qu'elle a voulu garder d'une séance à l'autre, et elle s'est mise à parler de son père, dont elle regrette qu'il soit inaccessible et indifférent ».

## C) CONSTIPATION PSYCHOGENE ET MEGACOLON FONCTIONNEL

Il est quelque peu artificiel de séparer l'étude des *constipations* et du *mégacôlon fonctionnel* de celle de *l'encoprésie,* puisque ces divers troubles coexistent presque toujours et que, comme nous l'avons vu, l'aspect rétentionnel est presque toujours présent dans l'encoprésie. Cependant certains enfants se constipent sans avoir d'accidents encoprétiques, et surtout il est fréquent qu'il y ait avant la survenue des premiers accidents encoprétiques une longue période de constipation isolée, qui peut être très précoce, dès le 2e semestre de l'existence.

*Le mégacôlon fonctionnel* est la conséquence anatomique de cette constipation. M. Soulé a montré qu'il était le résultat d'une défécation à rebours : l'enfant, dans ses efforts pour retenir le bol fécal, peut réussir non seulement à l'empêcher de pénétrer dans le canal anal, mais encore à le faire remonter de l'ampoule rectale dans le sigmoïde ; celui-ci accumule progressivement les matières fécales et se dilate, d'où l'aspect de mégacôlon, déjà visible sur un cliché sans préparation de l'abdomen du fait de la distension gazeuse, mieux mis en évidence au besoin par un lavement baryté.

Le mégacôlon fonctionnel pose *un problème diagnostique avec les autres formes de mégacôlon :*

— soit par lutte contre un obstacle anatomique (imperforation anale incomplète, rétrécissement colique) ;

— soit congénital, c'est-à-dire la maladie de Hirschsprung, due à une anomalie de l'innervation autonome de la paroi colique, qui empêche sur une longueur plus ou moins longue du côlon la progression du bol fécal, du fait d'une absence de péristaltisme. Dans la plupart des cas, les éléments cliniques permettent ce diagnostic : la constipation apparaît plus tardivement dans l'existence en cas de mégacôlon fonctionnel (alors que dans le mégacôlon congénital elle s'installe dès le début de la vie) - elle est plus modérée, parfois entrecoupée de débacle diarrhéique ou d'encoprésie - la dilatation du côlon est moins importante et surtout elle va jusqu'au canal anal (ce qui indique que l'obstacle est à ce niveau et non plus haut) - l'évolution est bénigne sur le plan somatique, il n'y a pas de véritable syndrome occlusif. Toutefois il existe des formes basses de mégacôlon congénital ; d'où un problème diagnostique parfois difficile, nécessitant des explorations fonctionnelles pour vérifier l'intégrité physiologique du côlon et du rectum, voire une biopsie rectale pour en vérifier l'intégrité histologique, en cas de mégacôlon fonctionnel.

*Dans le mégacôlon fonctionnel, il y a à la fois une érotisation de la rétention et une phobie de la défécation* que M. Soulé explique par une angoisse de perte de l'objet symbolisé par le bol fécal : de même que dans le mérycisme, l'enfant fait remonter le bol alimentaire au moment où il en perd les sensations œsophagiennes afin de récupérer ces sensations, de même ici, l'enfant ferait remonter le bol fécal pour ne pas perdre les sensations de la réplétion intestinale qu'il provoque et qui pour lui symbolise la possession de l'objet.

## V - LES TROUBLES DU SOMMEIL

La physiologie et la psychophysiologie du sommeil ont fait de considérables progrès depuis 25 ans, c'est-à-dire depuis que l'on a découvert l'existence de deux sortes de sommeil : *le sommeil à ondes lentes* et le sommeil avec mouvements oculaires rapides et désynchronisation du tracé E.E.G. (disparition des ondes lentes) ou *Phase des Mouvements Oculaires* (P.M.O., encore appelé *Sommeil Paradoxal* du fait de la discordance entre l'activation cérébrale et le seuil élevé de réactivité aux stimuli extérieurs, ou Sommeil Rapide, du fait de la désynchronisation cérébrale), pendant laquelle surviennent les rêves. On pense que ces deux types de sommeil correspondent à deux fonctions différentes : pendant le sommeil à Ondes lentes il y aurait reconstitution des structures protéiques des neurones, ce qui correspondrait à la sensation subjective de repos (c'est aussi pendant le sommeil à ondes lentes qu'est sécrétée l'hormone somatotrope) ; pendant la P.M.O. il y aurait une organisation de l'information reçue à l'état de veille, une véritable auto-programmation (Dewan) du cerveau, ce qui correspondrait à l'expé-

rience subjective des rêves. Bien entendu ces deux fonctions sont intimement liées, comme sont liés d'ailleurs les deux états de sommeil ; la P.M.O. ne peut apparaître normalement qu'après une période de sommeil à ondes lentes.

L'expérience subjective du sommeil permet de repérer trois états : l'endormissement, le sommeil sans rêve, le sommeil avec rêve. A chacun de ces états correspondent des aspects électrophysiologiques particuliers :

— à *l'endormissement* correspond une disparition progressive du rythme alpha occipital, lequel est bien visible chez un sujet éveillé, mais à l'état de repos, inattentif. Cet alpha diffuse vers les aires antérieures, s'aplatit et se morcelle au cours de la période d'endormissement.

— *Le sommeil sans rêve* correspond au sommeil à ondes lentes, que l'on a divisé en quatre stades, notés stade I, II, III et IV, selon l'abondance et l'amplitude des ondes lentes. Le stade I correspond à la fin de la période d'endormissement, les ondes alpha disparaissent progressivement pour faire place à des ondes de la bande théta ; au stade II il n'y a plus que des ondes de la bande théta, entrecoupées de fuseaux (ondes recrutantes de 11 à 16 c/s d'origine thalamique) et de complexes K ; au stade III il y a un mélange d'ondes de la bande théta et d'ondes de la bande delta ; au stade IV, enfin, il n'y a plus que de grandes ondes monomorphes de la bande delta. Ces stades se succèdent toujours dans le même ordre. Les stades légers I et II, sont plus longs en début de nuit ; dans les derniers cycles du sommeil les stades profonds (III et IV) sont plus longs en début de nuit ; dans les derniers cycles du sommeil les stades disparaissent.

— *Le sommeil avec rêve* correspond à la P.M.O., qui vient interrompre le sommeil lent à intervalles réguliers (de 90 mn chez l'adulte, de 65 mn chez l'enfant de 5 à 10 ans). Les P.M.O. de début de nuit sont brèves, parfois seulement ébauchées chez l'enfant, celles de fin de nuit sont beaucoup plus longues et riches en mouvements oculaires, cela semble correspondre à un accroissement de la richesse des rêves au cours de la nuit.

L'ensemble du déroulement électrophysiologique du sommeil peut être étudié grâce à des enregistrements de nuits complètes de sommeil. On le représente sous forme d'« hypnogrammes », qui mettent en évidence la succession des cycles de sommeil. Chez l'enfant on observe 5 à 6 cycles de sommeil chaque nuit. Le pourcentage de P.M.O., qui est de l'ordre de 50 % à la naissance, s'abaisse progressivement avec l'âge, pour atteindre 30 % à un an et environ 20 % à l'âge adulte.

Le sommeil est une fonction de l'organisme, certes très différente des autres fonctions que nous avons étudiées dans ce chapitre. Il présente cependant avec elles un point commun important, celui d'être *étroitement lié à la vie affective et relationnelle* et cela pour deux raisons : la première est que pour s'endormir il faut accepter de désinvestir son environnement et même trouver du plaisir à ce repli sur soi ; nous verrons qu'il y a des enfants qui luttent contre ce désinvestissement, qui les angoisse ; la seconde est que pendant la P.M.O. la vie pulsionnelle et affective est directement impliquée.

L'implication de la vie pulsionnelle et affective dans le rêve avait été mise en évidence par S. Freud, bien avant les travaux neurophysiologiques et psychophysiologiques modernes. Rappelons qu'il considérait que le rêve était la réalisation hallucinatoire d'un désir inconscient, dont la signification est camouflée par les divers procédés du « travail du rêve ». Les recherches neuro-physiologiques ont montré qu'il y avait au cours des P.M.O. des manifesta-

tions pulsionnelles : mouvements de succion chez le nourrisson, érection pénienne chez l'adulte masculin. D'autre part la privation de P.M.O. entraîne chez l'animal des désordres des conduites pulsionnelles : hyperphagie, hypersexualité, comportements sexuels déviants.

Nous décrirons d'abord les troubles du sommeil du nourrisson (de 0 à 18 mois). puis ceux de l'enfant et de l'adolescent.

## A) LES TROUBLES DU SOMMEIL DU NOURRISSON

Rappelons tout d'abord que le rythme veille/sommeil est polyphasique chez le nouveau-né, c'est-à-dire qu'alternent des périodes d'éveil et des périodes de sommeil, d'environ 3 h, et ceci aussi bien la nuit que le jour. Il est donc normal au début de l'existence qu'il y ait des éveils nocturnes, deux pendant les premiers jours, un pendant les premières semaines et parfois jusqu'à la fin du 2e mois. Il suffit d'alimenter l'enfant au moment de ces éveils pour qu'il se rendorme paisiblement et cela n'empêche nullement le rythme nycthéméral d'évoluer normalement.

Après l'âge de deux mois les éveils nocturnes ne peuvent plus être expliqués par la physiologie. Il s'agit alors d'insomnies précoces, qui doivent faire rechercher :

— une erreur de puériculture : alimentation insuffisante ou trop riche, ou donnée à contre-temps — temps de succion insuffisant ;

— un événement intercurrent, telle la première poussée dentaire de 5-6 mois ;

— surtout une perturbation du lien mère-enfant. L'anxiété de la mère, l'impossibilité où elle se trouve d'interpréter correctement les besoins de l'enfant, empêchent celui-ci de s'endormir calme et content.

Les tableaux réalisés par ces insomnies précoces peuvent être impressionnants par la réduction du temps de sommeil du nourrisson. L. Kreisler et M. Soulé rapportent des observations d'enfant de quelques mois, qui ne dorment plus que 4 à 5 heures par jour. L'enfant s'endort, mais très vite s'éveille et hurle ; souvent cela s'accompagne de gestes auto-agressifs (se taper la tête avec les poings ou contre le bord du lit). Dans d'autres cas l'enfant reste éveillé mais calme, les yeux ouverts, sans crier ce qui, dans notre expérience, paraît plus inquiétant, comme si le nourrisson avait renoncé à protester.

On peut donc distinguer deux formes d'insomnie précoce : *une forme agitée* et *une forme calme.*

Dans les formes graves les perturbations psychiques des parents sont en général marquées et le pronostic doit être réservé pour l'enfant. On retrouve souvent de tels troubles dans les antécédents d'enfants psychotiques ou souffrant de graves troubles de la personnalité.

Une forme moins sévère d'insomnie précoce a été isolée par R. Debré et A. Doumic chez des enfants hyperactifs, des garçons les plus souvent, vers l'âge de 9 mois, c'est-à-dire l'âge auquel l'enfant commence à éprouver un besoin de dépense motrice intense. Certains enfants, soit du fait de conditions matérielles, soit du fait de l'intolérance de leur mère, n'ont pas leur compte de dépense motrice, ce qui les empêche de trouver la détente musculaire nécessaire à l'endormissement. Dans ces cas des entretiens avec la mère pour l'aider à mieux comprendre et à accepter les besoins de son enfant, quelques conseils pour lui permettre d'orienter l'activité de l'enfant dans un sens constructif et au besoin l'adjonction pendant quelques jours d'un sédatif, suffisent à faire disparaître les troubles.

De cette forme d'insomnie on peut rapprocher les troubles du sommeil liés à une éducation sphinctérienne trop précoce et trop rigide.

## B) LES TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Selon leur moment de survenue on peut distinguer les troubles du coucher et de l'endormissement des troubles qui perturbent le sommeil lui-même. Parmi ces derniers on peut distinguer les troubles paroxystiques et les hypersomnies (les insomnies proprement dites sont rares à cet âge, sauf une forme, l'insomnie d'endormissement).

Gastaut et Broughton ont réuni sous l'appellation « perturbations paroxystiques non épileptiques du sommeil » des troubles qui présentent des caractères communs et surviennent dans les mêmes conditions :

— allègement d'un stade profond à un stade léger, avec intense activité neuro-végétative ;
— dissociation entre un E.E.G. proche de l'éveil et un comportement de sommeil ;
— confusion mentale ;
— comportement automatique ;
— relative absence de réactivité aux stimuli extérieurs ;
— difficultés à établir un contact avec l'entourage ;
— amnésie complète de l'épisode le lendemain matin.

Ces troubles sont : la terreur nocturne, le somnambulisme, la somniloquie (paroles pendant le sommeil), le bruxisme (grincement des dents) et l'énurésie nocturne. Ils semblent survenir le plus souvent pendant le sommeil lent. Certains troubles paroxystiques du sommeil ne répondent cependant pas à tous les critères de Gastaut et Broughton, c'est le cas des « rêves d'angoisse », qui surviennent pendant une P.M.O. et dont le sujet peut se rappeler le lendemain.

Nous adopterons le plan suivant : nous étudierons d'abord les troubles du coucher et de l'endormissement, puis les troubles paroxystiques du sommeil, en faisant une place importante aux angoisses nocturnes ; enfin nous parlerons des hypersomnies.

### 1) Les difficultés et les troubles du coucher et de l'endormissement

Six sortes de perturbations peuvent s'observer au moment du coucher et de l'endormissement :

a) *L'opposition au coucher :* surtout fréquente entre 2 et 3 ans. L'enfant, bien que tombant de sommeil, refuse de venir au lit, fait une colère si on l'y met, se relève, lutte contre le sommeil.

b) *Les rituels du coucher :* ils s'observent à partir de 2 ans-2 ans 1/2 et le plus souvent disparaissent entre 4 et 6 ans. L'enfant ne peut s'endormir s'il n'a pas disposé ses affaires d'une certaine façon, toujours la même, s'il n'a pas pris dans son lit tel ou tel objet familier (ours en peluche par exemple), si sa mère n'est pas revenue plusieurs fois lui dire bonsoir, lui apporter un verre d'eau etc.

c) *La phobie du coucher ou phobie du sommeil :* au minimum l'enfant a besoin de moyens de réassurance pour pouvoir s'endormir, porte ouverte, lumière allumée. Parfois il est véritablement pris de panique à l'idée de s'endormir et il faut le laisser s'assoupir dans un fauteuil, puis le transporter endormi dans son lit, ou sa mère doit rester à côté de lui jusqu'à ce qu'il soit endormi. Il est habituel que les phobies du sommeil succèdent à des attaques de

rêves d'angoisse ou de terreurs nocturnes. Tout se passe comme si l'enfant craignait de se laisser aller au sommeil de peur de se trouver à nouveau confronté à ses images oniriques angoissantes.

EXEMPLE CLINIQUE

F. est vue à l'âge de 18 mois pour des troubles du sommeil. Elle vient de passer 8 jours dans un service de pédiatrie pour une déshydratation due à des diarrhées et des vomissements. Pendant cette hospitalisation elle a du être perfusée et pour cela on lui a attaché les bras et notamment du côté où elle suce son pouce. La mère a remarqué que cela l'avait beaucoup énervée. A son retour chez elle F. a eu un comportement très angoissé, s'agrippant à sa mère, refusant de la quitter, pleurnichant beaucoup. Le soir lorsqu'il a fallu la mettre au lit elle s'est mise à hurler et la mère a dû la prendre dans son lit. Elle s'est endormie, mais au bout d'une heure elle s'est réveillée en sursaut et a hurlé pendant plusieurs heures.

Un mois après, les troubles persistent, quoique atténués. F. n'accepte de s'endormir que dans le lit de ses parents et à condition que ses parents soient également couchés. S'ils ne sont pas couchés elle reste éveillée jusqu'à ce qu'ils arrivent auprès d'elle. Elle s'éveille habituellement en pleurant, vers 2 h du matin et ne se rendort que très difficilement ; elle cherche à jouer avec ses parents. Par contre dans la journée elle est devenue beaucoup plus calme.

Au cours de l'examen les attitudes phobiques apparaissent très nettement : à plusieurs reprises, elle fait des tentatives pour venir vers l'examinateur, mais aussitôt elle est saisie d'angoisse et se précipite vers sa mère. Elle va une fois dans les bras de son père, mais à nouveau elle est saisie d'angoisse et se précipite vers sa mère.

d) *Les rythmies d'endormissement :* ce sont des mouvements rythmés par lesquels l'enfant se stimule, pour pouvoir s'endormir. La plus banale de ces rythmies est la succion du pouce. Il n'est pas rare que l'enfant se balance la tête ou le tronc, réalisant ainsi une sorte de bercement, d'autant plus qu'il peut ainsi entraîner des oscillations de son lit. Les rythmies peuvent se prolonger pendant le sommeil ou n'apparaître que lorsque l'enfant est endormi.

e) *Les phénomènes hypnagogiques :* ce sont des phénomènes psychiques ou moteurs survenant pendant l'endormissement. On décrit : le sursaut hypnagogique, violente secousse de l'ensemble du corps ou d'une de ses parties, qui peut entraîner le réveil du sujet — les sensations hypnagogiques, somesthésiques (crampes, ébranlement, sensation de chute), visuelles ou auditives (phosphènes, acouphènes) — les illusions hypnagogiques, perceptions altérées de stimuli réels — les hallucinations hypnagogiques, qui sont le plus souvent des visions colorées de formes géométriques, parfois des imageries plus complexes et difficiles à distinguer du rêve, mais ici le sujet se vit comme spectateur et non comme acteur de la rêverie — la paralysie hypnagogique, qui est l'impossibilité d'effectuer un geste volontaire, souvent accompagnée de sentiment d'angoisse — l'angoisse hynagogique, qui accompagne souvent les autres phénomènes hypnagogiques, mais peut être plus ou moins isolée, ou apparaître au premier plan.

f) *L'insomnie d'endormissement :* on l'observe chez de grands enfants et surtout chez des adolescents anxieux ou obsessionnels. L'enfant est envahi le soir par des préoccupations, des fantasmes angoissants ou culpabilisés, qui l'empêchent de trouver le sommeil.

Avant de parler d'insomnie d'endormissement, il faut tenir compte du fait que tous les enfants n'ont pas les mêmes besoins de sommeil. On sait que, comme chez l'adulte, il y a des sujets qui ont besoin d'un temps de sommeil plus court que d'autres. On peut parler d'insomnie quand l'endormissement ne se fait que très tard pour l'âge de l'enfant, 23 h, minuit, voire plus tard pour un enfant de 12-13 ans ; lorsque l'enfant s'en plaint et surtout lorsqu'il n'est pas reposé le matin au réveil.

## 2) Les troubles paroxystiques du sommeil

### a) Les angoisses nocturnes

Outre l'angoisse hypnagogique que nous avons décrite au paragraphe précédent, on observe fréquemment chez l'enfant des phénomènes d'angoisse qui émaillent le sommeil et viennent en rompre la continuité. Ces phénomènes d'angoisse nocturne sont d'une intensité variable et surviennent à des moments différents du sommeil. Il y a une certaine confusion terminologique dans la littérature à ce sujet. Souvent on utilise indifféremment les termes de terreur nocturne pavor nocturnus, cauchemar, rêve anxieux, rêve d'angoisse. Nous distinguerons la terreur nocturne et le rêve d'angoisse, qui semblent correspondre à deux entités bien distinctes. L'usage commun du terme cauchemar correspond aux deux types de troubles.

#### 1) *La terreur nocturne*

C'est un épisode dramatique, impressionnant, dans lequel l'angoisse atteint un paroxysme et donne l'impression d'une véritable panique. L'enfant crie, pleure, gesticule. Souvent il semble la proie d'hallucinations, il se débat contre des êtres imaginaires. Il est très difficile d'établir un contact avec lui, de le convaincre du caractère imaginaire de ses visions, de le calmer et de le rassurer. Il a tendance à inclure les objets et les personnes présents dans sa chambre, dans ses visions oniriques. Tout se passe comme si la réalité psychique intérieure et la réalité extérieure étaient confondues.

Cet épisode s'accompagne de phénomènes neuro-végétatifs intenses. L'enfant est pâle, transpire, il a une tachycardie et une tachypnée, souvent très importantes.

La terreur nocturne dure quelques minutes (3 à 4 mn pour Fisher, jusqu'à 15 à 20 mn pour Kanner). Aussitôt après, l'enfant se rendort d'un sommeil profond. En général il a tout oublié le lendemain matin.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il y avait ou non un contenu fantasmatique dans ces terreurs. Il est difficile d'affirmer quelque chose dans ce domaine. Au cours de la terreur l'enfant donne tous les signes d'une activité fantasmatique, mais le lendemain il est incapable, le plus souvent du moindre récit. Un certain nombre de récits d'enfants semblent pourtant correspondre à leurs expériences au cours des terreurs nocturnes, mais il s'agit alors de la description d'une image terrifiante figée, sans le déroulement spatial et temporel habituel dans les rêves.

La plupart des terreurs nocturnes surviennent pendant le premier cycle de sommeil.

Une terreur nocturne peut être un accident isolé, qui ne se répètera jamais. Souvent elle se répète d'une nuit à l'autre pendant une période plus ou moins prolongée, en une véritable attaque de terreurs nocturnes.

Il est fréquent que les terreurs nocturnes s'associent à d'autres accidents paroxystiques du sommeil : énurésie nocturne, somniloquie, somnambulisme.

#### 2) *Le rêve d'angoisse*

Il se présente comme un épisode beaucoup moins dramatique, les manifestations d'angoisse sont nettes, mais beaucoup moins intenses et il n'y a pas de manifestations de type hallucinatoire.

Le plus souvent l'enfant s'éveille en pleurant, il a peur et il appelle sa mère, mais il est assez aisé de le rassurer. Il peut raconter le contenu de son rêve angoissant,

la réalité. Il n'est pas rare qu'il ait ensuite peur de se rendormir, veuille aller dans la chambre, voire dans le lit de ses parents et qu'une difficulté à s'endormir les jours suivants se manifeste, parfois sous forme d'une véritable phobie du sommeil.

D'autres fois le rêve d'angoisse se manifeste seulement par le récit que l'enfant en fait le lendemain.

Les rêves d'angoisse sont 5 à 6 fois plus fréquents que les terreurs nocturnes.

L'âge habituel de survenue de ces angoisses nocturnes, terreurs nocturnes et rêves d'angoisse, se situe entre la deuxième et la sixième année. Il est évidemment difficile de savoir si les enfants peuvent avoir des rêves d'angoisse avant l'âge où ils sont capables de les raconter. Plusieurs auteurs ont rapporté des récits de rêves d'angoisse dès la deuxième année (14 mois pour S. Isaac, 20 mois pour Mallet). La persistance de telles manifestations au-delà de de l'âge de 6 ans a une valeur pronostique péjorative, elle signe en effet les difficultés ou l'incapacité du Moi de l'enfant à élaborer ses conflits internes.

3) *Les recherches neuro-physiologiques*

On manque encore de données en ce qui concerne les manifestations d'angoisse nocturnes chez l'enfant. Il est difficile de les enregistrer en laboratoire, où le plus souvent elles ne se produisent pas, même chez des enfants qui ont de telles manifestations régulièrement à la maison. Les données que l'on possède concernent surtout les adultes ; il faut donc être prudent avant de les extrapoler aux enfants.

Fisher et coll. ont montré qu'il y avait trois types de manifestations d'angoisse nocturne au cours du sommeil, selon leur moment de survenue et leur aspect neuro-physiologique :

— des terreurs nocturnes, qui surviennent pendant le sommeil lent profond, au stade IV en général, le plus souvent pendant le premier cycle et qui s'accompagnent de phénomènes neurovégétatifs extrêmement marqués, en particulier d'une tachycardie qui peut atteindre 2 à 3 fois le rythme de base ;

— des éveils anxieux, survenant au cours du stade II et accompagnés de phénomènes neurovégétatifs nets, mais beaucoup moins marqués que dans le cas précédent ;

— des rêves d'angoisse, correspondant à des phases avec mouvements oculaires. Les signes somatiques d'angoisse sont minimes, voire absents.

Il semble donc y avoir un certain balancement entre rêve et angoisse. Là où il y a une activité onirique il y a moins d'angoisse somatique, là où il n'y a pas d'activité onirique (le stade IV) les manifestations d'angoisse somatique sont à leur maximum. Fisher conclut que le rêve sert à « désomatiser » l'angoisse.

4) *Facteurs étiologiques*

Les facteurs étiologiques mis en évidence peuvent se ranger sous trois rubriques :

— les conflits propres à chaque phase de l'évolution libidinale de l'enfant : orale, anale, phallique, avec au fur et à mesure de cette évolution une surdétermination des angoisses noctures, chaque phase libidinale remaniant les conflits précédents. Inversement, les angoisses les plus archaïques sont ravivées au cours de la crise d'angoisse nocturne ; ainsi un enfant à la phase œdipienne pourra revivre des angoisses orales, de dévoration, de morcellement ;

— des événements traumatiques, qui viennent entrer en résonance avec les conflits internes de l'enfant : naissance d'un puîné, intervention chirurgicale, maladie grave, séparadu milieu familial, deuil etc. ;

— les perturbations de la relation affective entre l'enfant et son entourage. M. Sperling insiste en particulier sur les attitudes incohérentes des parents, séducteurs d'un côté, répresseurs des manifestations de la sexualité infantile d'un autre. Elle donne notamment une place importante au cours des 2e et 3e année à la répression des pulsions anales et urétrales, à l'occasion de l'apprentissage sphinctérien.

En fonction de la prévalence de tel ou tel facteur étiologique, et aussi du type clinique de l'angoisse nocturne, M. Sperling propose la classification suivante :

• terreur nocturne de « type psychotique », avec hypermotilité, comportement d'allure hallucinatoire et amnésie rétrograde. Fisher l'a identifiée à la terreur nocturne-stade IV,

• terreur nocturne de type traumatique, survenant soudainement après un épisode traumatique,

• terreur nocturne de type névrotique, dans laquelle l'enfant garde un souvenir du contenu fantasmatique de l'épisode. On peut l'identifier à ce que nous avons appelé « rêve d'angoisse », qui correspond sur le plan neurophysiologique à une P.M.O.

A ces facteurs de nature psychique, il est possible que s'ajoutent des facteurs physiologiques favorisant l'éclosion des angoisses nocturnes à certains âges. C'est ainsi que Hartmann a incriminé ce qu'il appelle la « pression de P.M.O. », qui est le besoin de sommeil paradoxal, besoin nettement plus important chez l'enfant que chez l'adulte. On peut penser aussi que les difficultés de mise en route des premières phases de P.M.O. chez le jeune enfant, telle que l'ont mise en évidence F. Leygonie et L. Garma, sont en cause.

5) *Les hypothèses théoriques*

On peut en distinguer trois sortes :

— physiopathologiques : historiquement la première hypothèse pour expliquer les angoisses nocturnes et notamment les terreurs nocturnes a été celle de l'épilepsie. Les recherches de Gastaut et coll. ont complètement infirmé cette hypothèse. Au cours de 800 nuits d'enregistrements, chez 700 enfants, ils n'ont jamais pu mettre en évidence de terreurs nocturnes de nature épileptique ;

— psychophysiologiques : Gastaut et Broughton ont interprété les phénomènes psychiques rencontrés dans les angoisses nocturnes comme liés à la prise de conscience par le sujet des phénomènes physiologiques qui se produisent pendant un éveil brusque d'un stade lent à un stade léger de sommeil. Cette explication, qui se rapproche de la théorie de James Lange, selon laquelle les affects ne sont que la traduction psychique des phénomènes physiologiques, n'a pas été confirmée par les travaux de Fisher qui a montré par exemple que les phénomènes neuro-végétatifs ne précédaient pas l'émergence de l'angoisse psychique ;

— psychodynamiques : ce sont celles proposées par les psychanalystes, qui cherchent à rendre compte des épisodes d'angoisse nocturne par les conflits intra-psychiques.

On peut voir dans ces théories proposées deux catégories. Les unes suivent la théorie exposée par Freud dans la « Science des rêves », selon laquelle le rêve est la réalisation hallucinatoire d'un désir inassouvi ou refoulé. Le rêve d'angoisse est expliqué par la transformation du plaisir en angoisse sous l'effet du refoulement.

C'est ainsi que E. Jones explique les cauchemars de l'adulte, que M. Klein explique les premières terreurs nocturnes de l'enfant par le refoulement des désirs prégénitaux, que M. Sperling explique les angoisses qu'elle appelle « terreurs nocturnes psychotiques » et « terreurs nocturnes névrotiques ».

D'autres théories suivent une autre idée de Freud à propos du rêve, qu'il a développée dans « Au delà du principe de plaisir ». Le rêve serait, dit-il, un moyen de lier l'énergie instinctuelle qui menace d'inonder le psychisme et de le désorganiser. Max Stern et Mallet explique les angoisses nocturnes de l'enfant par une faillite de cette fonction de liaison. Mack voit dans les terreurs nocturnes et les rêves d'angoisse de l'enfant les efforts du Moi pour intégrer les pulsions sexuelles infantiles. M. Sperling applique la théorie de l'inondation traumatique à la forme de terreur nocturne qu'elle appelle « traumatique ».

b) Les autres troubles paroxystiques

1) *Somnambulisme*

L'enfant se lève les yeux ouverts, le regard fixe. Il a une activité automatique plus ou moins complexe, en général une simple déambulation, apparemment sans but, après quoi il va se recoucher ou se laisse reconduire docilement.

L'accès de somnambulisme dure de quelques minutes à 1/2 h. Il survient en général dans la première moitié de la nuit.

L'enfant est difficile à réveiller pendant son accès. Si on y parvient, il ne rapporte aucun contenu mental. Le lendemain il a une amnésie complète de l'épisode.

Le somnambulisme s'observe plus fréquemment chez les garçons et prédomine à la période de latence. D'après J. de Ajuriaguerra, 1 à 6 % des enfants de cet âge en sont atteints.

Les enregistrements polygraphiques ont montré que le somnambulisme n'était pas en relation avec des crises d'épilepsie, comme certains auteurs l'avaient cru. D'après Gastaut et coll., le tracé E.E.G. correspond à celui d'un éveil d'un stade de sommeil profond vers un stade léger, identique à celui obtenu lorsque l'on réveille un sujet d'un stade IV. Pour Hartmann la crise de somnanbulisme survient pendant un stade de sommeil lent profond, III ou IV, tôt dans la nuit, 1 à 2 h après l'endormissement ; elle peut remplacer une P.M.O. O. Benoît et F. Leygonie ont montré qu'elle survenait dans les minutes précédant une P.M.O.

Signalons le risque exceptionnel d'accident, de défenestration par exemple, au cours d'une crise de somnambulisme (syndrome d'Elpénor).

Il faut noter l'intérêt d'un nouveau médicament, l'Amineptine (Survector*), dans le traitement du somnambulisme.

2) *Somniloquie ou « parler nocturne »*

Elle se rencontre fréquemment chez l'enfant. D'après Gastaut elle survient soit au cours d'une phase d'assoupissement, soit au cours du sommeil lent et s'accompagne d'un allègement discret du tracé E.E.G. Il semble donc, contrairement à ce qu'on croit habituellement, qu'elle ne correspond pas à un rêve.

3) *Bruxisme ou grincement des dents*

Il semble qu'il puisse s'observer dans toutes les phases de sommeil, mais il est plus fréquent dans le sommeil lent et ne s'accompagne pas de modifications E.E.G. appréciables.

4) *Enurésie nocturne*

Nous renvoyons pour l'étude de l'énurésie nocturne à ce que nous avons dit plus haut. Rappelons simplement que les mictions surviennent presque toujours dans le sommeil lent et s'accompagnent, en général d'un allègement important du tracé E.E.G. Le plus souvent la miction a lieu pendant la première partie de la nuit, 1 à 2 h après l'endormissement, parfois au moment où une P.M.O. est attendue.

Ces différents troubles paroxystiques du sommeil sont en eux-mêmes d'une grande banalité. Ils ne prennent une signification psychopathologique qu'en fonction de leur fréquence et surtout de leur association avec d'autres symptômes.

3) **Les hypersomnies**

Avant de porter le diagnostic d'hypersomnie chez l'enfant et l'adolescent, il faut soigneusement écarter un trouble de la vigilance d'origine neurologique (méningites, encéphalites, tumeur de la fosse postérieure). Le diagnostic d'hypersomnie dans l'enfance est rare, il devient un peu plus fréquent à l'adolescence.

On peut distinguer :

a) La narcolepsie (ou syndrome de Gélineau)

Caractérisée par des crises d'endormissement brusque et irrésistibles.

Sur le plan neurophysiologique il y en a deux types : la narcolepsie liée à une augmentation du sommeil à ondes lentes, la narcolepsie liée à une augmentation du sommeil paradoxal, qui s'accompagne de catalepsie, c'est-à-dire une dissolution du tonus avec chute, d'une activité onirique ou hallucinatoire et d'une sensation de paralysie après l'éveil.

La narcolepsie est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte.

b) Le syndrome de Kleine-Levin

Décrit par Kleine en 1925, puis par Levin en 1936, il est caractérisé par des périodes d'hypersomnie durant une à trois semaines, associée à une faim exagérée, une irritabilité, des comportements dépressifs ou confuso-oniriques.

Les accès surviennent deux ou trois fois par an, puis disparaissent. Ils s'observent chez des sujets de sexe masculin entre 15 et 30 ans. Il s'agit d'un syndrome rare.

c) Les hypersomnies névrotiques

Elles ne sont pas exceptionnelles à l'adolescence. Pour l'adolescent le sommeil est souvent un refuge contre les angoisses, les conflits intérieurs liés à l'explosion des pulsions sexuelles, et les difficultés d'adaptation extérieure. Mais on peut parfois voir de véritables hypersomnies.

On a tendance à rapprocher ce type d'hypersomnie d'un symptôme de conversion hystérique.

d) Enfin, il nous faut là ce qu'on peut observer chez certains enfants ou nourrissons déprimés : la rapidité et la fréquence du sommeil (plusieurs épisodes de sommeil par jour notamment), notamment à l'occasion d'une frustation.

## BIBLIOGRAPHIE


AJURIAGUERRA (J. de). — Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris, Masson, 2e, 1974.

BRUSSET (B.). — L'assiette et le miroir. Privat, Toulouse, 1977.

BRUSSET (B.) et JEAMMET (Ph.). — Les périodes boulimiques dans l'évolution de l'anorexie mentale de l'adolescence. Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1971, *19*, p. 661-690.

BRUCH (H.). — Les yeux et le ventre (traduction F. VERNE et M. MANIN). Payot, Paris, 1975.

CELIE (M.J.). — Les comportements oraux du nourrisson en milieu hospitalier : données cliniques. Psychologie Médicale, 1975, 7 (8), p. 1551-1556.

DEBRE (R.) et DOUMIC (A.). — Le sommeil de l'enfant. P.U.F., Paris, 1969.

DUCHE (D.J.). — L'énurésie. P.U.F., Paris, 1968.

GIRARD-DOUMIC (A.). — Psychothérapie de l'anorexie du petit enfant avant trois ans. Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1971, *19*, p. 625-629.

GUTTON (Ph.), CASTEX (E.) et ESTRABAUD (M.). — Les vomissements psychogènes. Psychologie Médicale, 1978, *10* (4), p. 671-700.

HOUZEL (D.). — Les troubles du sommeil de l'enfant. Revue de Pédiatrie, 1971, 7, n° 10, p. 749-758.

HOUZEL (D.), SOULE (M.), KREISLER (L.) et BENOIT (O.). — Les troubles du sommeil de l'enfant. Expansion scientifique, Paris, 1977.

KREISLER (L.). — Enurésie. Encycl. Méd.-Chir., Pédiatrie, fasc. 4101 G95, 9, 1977.

KREISLER (L.), FAIN (M.) et SOULE (M.). — L'enfant et son corps. P.U.F., Paris, 1974.

KREISLER (L.). — L'enfant psychosomatique. Presses Univ. France, édit. Que Sais-je ?, 1978, 128 p.

LAUNAY (C.) et LAUZANNE (K.). — L'encoprésie. Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1970, *18*, p. 635-662.

MALE (P.), DOUMIC-GIRARD (A.), BENHAMOU (F.) et SCHOTT (M.C.). — Psychothérapie du premier âge. P.U.F., Paris, 1975.

MAZET (Ph.). — Troubles fonctionnels du nourrisson et perturbations relationnelles précoces. La médecine infantile, 81, 1974, p. 417-427.

MAZET (Ph.). — Symptômes maladies et malades psychosomatiques dans l'enfance. Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1977, *25* (34), p. 195-201.

MORON (P.). — Le phénomène de conversion somatique chez l'enfant. Masson, Paris, 1974.

SOULE (M.) et SOULE (N.). — L'énurésie. E.S.F., Paris, 1967.

SPERLING (M.). — Sleep disturbances in children, in « Modern perspectives in international child psychiatry », ed. by J.G. HOWELLS, Edinburg, Oliver and Boyd, 1969, p. 418-454.

SPITZ (R.). — De la naissance à la parole. La première année de la vie. P.U.F., 1968, 311 p.

# LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

## I - LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT

Le domaine du « comportement » est extensif au point qu'on pourrait y faire entrer presque toute la psychopathologie de l'enfant, dans la mesure où celle-ci a inévitablement des manifestations extérieures, qui sont le plus souvent des attitudes, des modes de réaction, des actes. Cette voie a été effectivement suivie aux U.S.A. par les behavioristes, à la suite de Watson. En fait, elle se révèle très limitée dans ses possibilités d'expliquer les difficultés de l'enfant et dans son impact thérapeutique, en se limitant à une simple description.

C'est dans un sens plus restrictif que nous entendrons ici le comportement et ses troubles. Nous appellerons « troubles du comportement » les symptômes psychopathologiques qui *mettent en cause la relation actuelle de l'enfant avec son entourage,* mêmes s'ils correspondent à des conflits intra-psychiques et si leurs mobiles sont peu ou prou inconscients. Ce sont des troubles qui provoquent inévitablement des réactions comportementales dans l'entourage, qui mettent en cause les parents dans leurs attitudes éducatives, parfois le groupe social tout entier et en particulier la Loi et le système judiciaire. De ce fait, ils motivent très fréquemment la consultation psychiatrique, quelle que soit la structure psychopathologique de l'enfant. C'est au psychiatre qu'il appartient de déceler au-delà du symptôme les conflits psychiques sous-jacents.

Nous en avons exclu certains troubles souvent décrits comme troubles du comportement, mais qui nous ont paru mieux trouver leur place dans d'autres chapitres. Ainsi l'instabilité psycho-motrice, qui est décrite au chapitre des troubles psycho-moteurs, l'inhibition, qui est traitée dans le chapitre des troubles intra-psychiques, les comportements auto-agressifs, très spécifiques de certains syndromes (arriérations, psychoses).

Longtemps les psychiatres ont pensé que les troubles importants du comportement étaient de nature constitutionnelle (A. Delmas, Lombroso, Dupré). Il n'en est plus de même aujourd'hui, même si l'on ne rejette pas totalement la part de l'hérédité dans leur genèse. Les psychanalystes ont renouvelé leur étude en montrant leur signification symbolique et leurs *relations avec les perturbations affectives de la petite enfance.* Kate Friedlander relie ce qu'elle appelle le « caractère anti-social » à des expériences précoces non satisfaisantes marquées par des alternances incohérentes de gratifications et de frustrations, empêchant le Moi de se régler sur le principe de réalité. J. Bowlby, en étudiant un groupe de 44 voleurs comparé à un groupe témoin, a montré l'influence des séparations précoces d'avec la mère. Mélanie Klein interprète les « comportements criminels » comme la recherche inconsciente d'un Surmoi extérieur, concrétisé par la punition, plus clément que le Surmoi intérieur prégénital, terrifiant. D. W. Winnicott interprète les comportements anti-sociaux comme une réponse de

l'enfant à une défaillance précoce de l'environnement qui primitivement est représenté par la mère ; plus tard c'est l'environnement en général, c'est-à-dire la société, contre lequel s'orienteront les troubles du comportement, qui deviennent alors anti-sociaux.

L'étude psycho-génétique du développement de l'enfant a montré qu'il n'y avait pas de différence de nature entre des comportements considérés comme normaux à un certain âge : actes agressifs, colères, travestissement de la vérité, chapardages, et les troubles du comportement d'enfants plus âgés. C'est leur persistance au-delà de leur âge physiologique, marquant une absence d'évolution ou une régression du Moi, qui en font des signes pathologiques.

## A) LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS : VIOLENCES, COLERES, OPPOSITION

Les comportements agressifs ne sont pas pathologiques en eux-mêmes, ils sont nécessaires à l'évolution de l'enfant. C'est grâce à l'expression de son agressivité que l'enfant s'affirme face à autrui comme un sujet, lieu de désirs et de volonté, et qu'il conquière les limites de son Moi. Comme nous l'avons dit, c'est la persistance au-delà de leur âge physiologique qui signe la valeur pathologique des comportements agressifs : soit l'enfant souffre d'une labilité émotionnelle, cause de son impulsivité ; soit il n'a pu trouver des moyens plus élaborés et plus socialisés de s'affirmer et continue à recourir à des violences physiques ou verbales ; soit enfin, dans les cas les plus pathologiques, il n'a nullement intégré dans sa personnalité certains besoins pulsionnels et il est agi par ces besoins qu'il ne maîtrise pas.

### 1) **Violences**

Nous entendons sous ce terme les comportements hétéro-agressifs physiques. L'enfant mord, griffe, pince, donne des coups.

*Ces comportements sont banaux entre 1 et 4 ans,* en réponse à une frustration. Ils sont plus fréquents chez les enfants actifs et hypertoniques et chez les garçons. Malgré leur banalité, il faut signaler les problèmes d'adaptation qu'ils posent dans les collectivités d'enfants, crèches ou maternelles, alors qu'ils sont en général beaucoup mieux tolérés dans le milieu familial. Les responsables des collectivités d'enfants craignent les réactions des parents des autres enfants et sentent leur responsabilité engagée. Les enfants qui mordent sont particulièrement mal tolérés, sans doute du fait des angoisses très profondes que réveille chez l'adulte le fait de mordre, alors que les coups sont mieux tolérés.

L'erreur la plus couramment commise face à ces comportements est d'y répondre sur un mode analogue : mordre l'enfant qui mord, frapper celui qui donne des coups. Cela peut entraîner un cercle vicieux d'agressivité réciproque et de désirs de vengeance, ou angoisser l'enfant en alimentant ses fantasmes de châtiment et de culpabilité.

Au délà de 4 ans, l'enfant normalement a acquis de nouveaux moyens de s'affirmer et de réagir à la frustration, en particulier grâce à la maîtrise du langage. La persistance de violences est le signe soit d'une immaturité du Moi : c'est le cas d'enfants ayant souffert d'une carence affective précoce ou d'enfants restés dans une relation trop symbiotique avec leur mère ; soit d'un déficit instrumental ou sensoriel qui empêche l'enfant d'accéder à de nouveaux modes d'expression : c'est le cas des enfants souffrant de retard de langage, de surdité etc. *Immaturité du Moi* et *déficit instrumental* ou sensoriel peuvent bien entendu coexister.

L'enfant violent par *identification à des parents violents* est une autre éventualité.

Les enfants psychotiques peuvent avoir de brusques passages à l'acte agressifs, non motivés et parfois d'une extrême violence, s'adressant à leur entourage du moment, sans provocation de celui-ci.

2) **Les colères**

On peut avec Cl. Launay distinguer, selon le degré de contrôle plus ou moins grand de l'enfant sur sa décharge émotionnelle, la rage et la colère.

*La rage* correspond à un type de réaction de l'enfant très jeune (jusqu'à un an) à une frustration : décharge de mouvements anarchiques, accompagnés de cris inarticulés et de phénomènes vaso-moteurs (pâleur, rougeur du visage, sécheresse de la bouche).

Elle peut persister bien au-delà chez des enfants impulsifs, souffrant de labilité émotionnelle, qui réagissent ainsi à de trop grandes frustrations, avec une certaine obnubilation de la conscience et une amnésie partielle de la crise.

Nous en rapprocherons d'abord les manifestations non épileptiques de certains enfants épileptiques qui explosent en rages incontrôlées et peu motivées, avec bris d'objets ; on sait que les causes en sont triples : le mal comitial lui-même - les effets secondaires de certains médicaments anti-comitaux - le climat familial, et il n'est pas rare de voir disparaître ces crises à l'occasion d'un changement de milieu ; on peut aussi en rapprocher les colères clastiques des enfants psychotiques, dont les motivations ne sont pas apparentes, ou qui répondent à une modification de l'environnement. Il semble s'agir d'ailleurs souvent de véritables crises d'angoisse.

*Les colères proprement dites* sont une expression émotionnelle plus contrôlée et marquée surtout par une agressivité verbale, des injures, des critiques blessantes.

La colère est une manifestation banale chez l'enfant de 2 à 4 ans, au moment où se développe en lui un besoin d'indépendance et d'affirmation de soi, correspondant à la prédominance des pulsions anales.

Plus tard lorsqu'elles sont fréquentes, elles sont le fait soit d'enfants immatures, soit d'enfants souffrant dans un domaine d'une infériorité et qui trouvent dans la colère un mode de compensation. On voit ainsi des enfants dyslexiques devenir irritables et coléreux à l'entrée à l'école primaire, de même les enfants souffrant d'un handicap linguistique ou psycho-moteur au moment où ils sont mis en rivalité avec leurs contemporains. Il peut suffire d'aider l'enfant à surmonter son handicap pour supprimer ses comportements coléreux.

3) **L'opposition**

Elle mérite d'être classée dans les comportements agressifs dans la mesure où elle est affirmation de soi, limite imposée à la volonté de l'autre. On peut en distinguer deux formes :

— *L'opposition active,* le plus souvent normale, marquant une période dans l'évolution psychologique de l'enfant (apparition du « non » dans le courant de la 2e année, crise d'opposition de la 3e année). Lorsqu'elle est durable, l'opposition active est le plus souvent réactionnelle et cède à une modification de l'ambiance familiale ou à un changement de milieu. Toutefois certains enfants vivent en permanence en opposition à leur entourage et tendent à recréer partout une relation d'opposition sur un mode sadomasochique.

— *L'opposition passive :* l'enfant se contente de ne pas faire ce qui lui est demandé, de traîner pour tout. C'est un symptôme très souvent rapporté par les mères, qui se plaignent de devoir répéter de nombreuses fois les mêmes choses, du fait que l'enfant met un temps interminable pour faire la moindre chose imposée, alors qu'il fait rapidement ce qui l'intéresse. Le plus souvent l'opposition passive cache une dépression latente chez l'enfant.

## B) LE MENSONGE

On ne parle pas de mensonge chez l'enfant avant 6 ou 7 ans. L'enfant jeune déforme souvent les faits ou en invente, mais on ne peut attribuer à cela la valeur d'un mensonge, car il n'a pas encore acquis une notion claire du vrai et du faux, de l'imaginaire et du réel, il croit que le seul fait d'énoncer quelque chose lui donne magiquement une certaine vérité (croyance asséritive de P. Janet). On parle à cet âge de « pseudo-mensonge ».

A partir de 6-7 ans, la déformation de la vérité par l'enfant reste fréquente, encore que d'une fréquence très variable suivant les enfants. Le mensonge a une signification psychopathologique très différente suivant les cas :

### 1) Le mensonge utilitaire

Il est naturel à l'enfant. Son premier mouvement est de faire correspondre la réalité à ses désirs et au besoin de la fausser, soit pour obtenir un avantage, soit pour éviter un désagrément. Ce n'est que l'intériorisation progressive d'une loi sociale et d'une éthique personnelle qui lui fera respecter la vérité, quitte à en éprouver des désagréments immédiats, mais avec l'avantage pour lui de conserver l'estime de son entourage et de satisfaire à un idéal. Encore faut-il pour que cette intériorisation se produise, de bonnes conditions affectives et éducatives.

Le mensonge utilitaire peut être simplement réactionnel à des circonstances et à une ambiance éducative. Le cas le plus fréquent est celui de la dissimulation ou de la falsification de mauvais résultats scolaires. Elles peuvent conduire l'enfant à un enchaînement de mensonges et de falsifications de plus en plus angoissant.

Il peut être habituel chez des enfants au Moi immature et à tendances au passage à l'acte. Il s'associe alors souvent à d'autres troubles du comportement : vols, fugues etc. Le mensonge peut être conditionné par ces autres troubles, l'enfant ment pour cacher un larcin ou expliquer une fugue.

Le comportement de l'enfant qui ment n'a rien de particulier, c'est l'invraisemblable de ses propos, les conséquences secondaires de son mensonge ou la découverte après coup de la vérité, qui le dénoncent comme menteur. Le plus souvent cette découverte met les adultes dans un grand émoi et les inquiétent beaucoup sur l'avenir moral et social du petit menteur. Ils se sentent en devoir de faire avouer la vérité et s'installe alors un cercle vicieux et une tension croissante entre l'enfant et l'adulte : plus il est questionné, plus l'enfant s'enfère dans son mensonge, en fait d'autres pour rendre vraisemblable le premier etc. ; il refuse de se déjuger, de perdre la face. A vrai dire, *c'est l'angoisse et l'agressivité de l'entourage* qui enferment l'enfant dans son mensonge ; si l'on réagit sans complicité, mais sans donner une importance exagérée au mensonge, il accepte beaucoup mieux de reconnaître la vérité, ou en tout cas de ne pas récidiver. Il est évident aussi que pour cela il faut que les adultes responsables de l'enfant évitent le mensonge utilitaire, ce qui n'est pas toujours le cas, tant s'en faut.

2) Le mensonge « névrotique »

Il a pour fonction de compenser imaginairement une infériorité ou une insuffisance que l'enfant ressent. Il s'inventera un père beaucoup plus riche et puissant que la réalité, se ventera d'exploits imaginaires etc. Cette forme de travestissement de la réalité mérite le nom de fabulation, plutôt que de mensonge.

Au maximum c'est le tableau de la *Mythomanie*, syndrome tantôt décrit chez des personnalités psychopathiques, tantôt chez des personnalités névrotiques de type hystérique. C'est Dupré qui a dénommé ce syndrome au début du siècle et qui le définit « une tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires ». Il y ajoute un infantilisme intellectuel, une croyance assséritive aux fabulations, mais sans conviction délirante, le besoin d'avoir un auditoire et de le convaincre. Dupré classait la mythomanie parmi les déséquilibres psychiques et lui attribuait une origine constitutionnelle, étiologie qui est aujourd'hui rejetée par la plupart des auteurs.

Une autre forme de fabulation est *l'invention d'un double*, en général du même sexe, le plus souvent un frère ou une sœur, parfois un ami. L'invention d'un double est fréquente chez l'enfant de moins de 6 ans, sans trouble psychopathologique notable, surtout chez les enfants isolés, les enfants uniques par exemple. Le double joue un rôle de renforcement narcissique, comparable à celui des phénomènes transitionnels décrits par Winnicott. Chez l'enfant plus âgé, l'invention d'un double peut signifier un trouble profond de l'identité des personnes et de soi-même et prend une allure inquiétante car elle fait craindre une organisation psychotique ou prépsychotique de la personnalité.

3) Mensonge et déficit mental

La fréquence des mensonges et des fabulations est réputée plus grande chez les enfants de faible niveau intellectuel. On explique cela par le besoin de compensation du débile, plus ou moins conscient de son handicap, ou par un trouble du jugement.

4) Le délire de rêverie

Il ne mérite pas à vrai dire de qualificatif de mensonge, mais il peut prêter à confusion d'autant plus que la conviction de l'enfant n'est pas aussi absolue que celle d'un adulte délirant.

Le terme « délire de rêverie » est dû à Heuyer. Il s'agit d'enfants vivant en permanence dans un monde de rêves à thèmes mégalomaniaques : thème de toute puissance, de filiation glorieuse etc., ce qui rapproche ce syndrome de la paraphrénie de l'adulte.

5) Le problème du témoignage de l'enfant

Fréquemment posé en justice, ce problème est en fait insoluble. On sait que des enfants sont susceptibles d'inventer de toutes pièces des histoires de séduction et d'attentats sexuels, qui ont pu faire condamner indûment les adultes dénoncés.

Des expertises, dites de « crédibilité », sont pratiquement toujours demandées par le juge lorsqu'un enfant porte de telles accusations. L'expert psychiatre ne peut qu'apprécier l'équilibre ou le déséquilibre de la personnalité de l'enfant, rechercher d'éventuelles motivations, inconscientes ou conscientes, des tendances « perverses ». Il ne peut que conclure avec réserve, et cela d'autant plus que l'enfant est jeune et distingue mal ses fantasmes de la réalité.

C) LE VOL

Pas plus que pour le mensonge, on ne parle de vol chez l'enfant avant 6-7 ans. Ici ce n'est pas le sens de la réalité qui est en jeu, mais celui de la propriété. Pour l'enfant jeune, est à lui ce dont il a besoin, ce qu'il désire et au moment où il le désire. Il prend naturellement tout ce qui l'intéresse et se l'attribue aussitôt. Ajoutons que pendant longtemps, ce qui l'intéresse le plus l'enfant est justement ce qui appartient à l'autre, son intérêt pour les objets passe par l'intérêt de l'autre.

Les vols représentent l'immense majorité des actes de délinquance infanto-juvénile : 77,7 % des délits, dans une statistique du Conseil Economique et Social (citée par J.P. Lauzel). Les garçons en sont responsables dix fois plus souvent que les filles. La proportion des délits pour vol augmente avec l'âge. Contrairement à une opinion répandue, leur fréquence n'augmente pas avec les générations ; le vol de l'enfant était aussi fréquent en 1850 que de nos jours ; mais il y a des paroxysmes dans les situations sociales particulièrement difficiles, telles les guerres.

Quelle que soit la signification psychologique ou psychopathologique du vol, il y a généralement une évolution chronologique dans *la nature de la personne volée et de l'objet du vol.*

La première personne victime du vol de l'enfant est un membre de la famille, on parle de vol domestique, le plus souvent c'est la mère. Puis l'enfant vole à l'extérieur de sa famille, mais d'abord des personnes connues, ses camarades ou sa maîtresse d'école, puis des personnes inconnues.

L'objet volé est d'abord un objet alimentaire, bonbons ou confitures, puis l'enfant vole de l'argent ou divers objets chargés pour lui de signification symbolique ; à partir de la puberté on peut voir des vols fétichistes : vol de linge féminin par des garçons, rare, mais particulièrement significatif ; à l'adolescence, c'est le vol de véhicules qui devient de loin le plus fréquent.

*Le vécu de l'enfant voleur* est variable suivant les enfants :

— tantôt ils volent sans angoisse ni culpabilité. Parfois la culpabilité réapparaît secondairement après le vol. Même si elle n'apparaît pas consciemment, souvent l'enfant a après le vol un comportement qui amène à découvrir son vol et à le faire punir (vols autopunitifs d'Alexander et Staub) ;

— tantôt, plus rarement, le vol s'accompagne d'une tension anxieuse et s'accomplit au terme d'une lutte entre le désir de voler et la répression de ce désir. Ce type de vol compulsionnel dont les motivations sont entièrement inconscientes a reçu le nom de kleptomanie.

La destinée de l'objet volé est variable. Parfois l'enfant s'en sert à son profit, mais ce n'est pas toujours le cas. Il peut le cacher, sans s'en servir, constituer ainsi un trésor avec ce qu'il a volé ; souvent l'objet volé perd son intérêt pour l'enfant dès lors qu'il est volé, il l'abandonne, c'est le geste de voler qui le motive plus que le produit du vol. Plus particulier encore à l'enfant est le vol généreux, décrit par Heuyer et Dublineau : avec le produit de son vol il achète des objets ou des friandises qu'il distribue à ses camarades. Il s'agit en général d'enfants peu sûrs d'eux ou carencés affectivement, qui cherchent à se valoriser ou à acheter l'amitié de leurs camarades. Ils peuvent devenir l'objet d'un chantage de leurs camarades.

C'est à propos du vol qu'on a remarqué *l'influence des perturbations affectives de la petite enfance* et en particulier des séparations (observation des 44 voleurs de Bowlby) sur les comportements délinquants. C'est aussi à propos du vol que D. W. Winnicott a développé une théorie du « comportement anti-social » : le vol répond à un sentiment précoce de défaillance de l'environnement, l'enfant voleur cherche inconsciemment à combler un manque, à prendre quelque chose qui lui était dû et qui lui a été refusé. Dans le vol généreux, l'identification à une bonne mère nourricière telle que l'enfant la désire est particulièrement claire.

Les facteurs affectifs (carence ou séparation) sont presque toujours présents dans la genèse des comportements de vol répétitif. D'autres facteurs ont pu être incriminés : les grands bouleversements sociaux, au cours desquels on observe une recrudescence des vols d'enfants - la mauvaise intégration du groupe social de l'enfant dans la collectivité : immigrés, réfugiés, transplantés - les mauvaises conditions de vie socio-économiques.

*La signification psychopathologique du vol n'est pas univoque.* Il est rare en France d'avoir affaire à un vol de nécessité : cas de l'enfant misérable qui vole pour pouvoir manger, mais ce type de vol, qui n'est d'ailleurs pas considéré comme un délit, peut être favorisé par certaines circonstances socio-économiques.

Souvent le vol de l'enfant s'inscrit dans un devenir caractéropathique, voire psychopathique (1). C'est le mode d'entrée le plus fréquent dans la délinquance. Il s'associe alors fréquemment à d'autres troubles du comportement, les fugues surtout. Parfois le vol est de nécessité au cours d'une fugue pour assurer la subsistance, d'autres fois il précède la fugue et donne les moyens de l'effectuer, d'autres fois il s'y associe simplement sans qu'il y ait de relation particulière entre les deux comportements. Dans le cadre des vols psychopathiques, il faut citer les vols en bande, plus rares chez l'enfant que chez l'adolescent ; il peut être le rite d'initiation requis pour être admis dans la bande.

Mais le vol n'a pas toujours chez l'enfant la signification d'un symptôme caractéropathique ou psychopathique. Nous avons vu qu'il y avait des vols compulsionnels dont les mécanismes sont névrotiques, des vols fétichistes. Enfin le vol peut être une séquelle de carence affective précoce, sans conduire immanquablement à la psychopathie.

## D) LES FUGUES

La fugue est le fait pour l'enfant de partir sans autorisation et sans prévenir du lieu où il est sensé être, pour déambuler, le plus souvent sans but précis, pendant plusieurs heures, parfois pendant des journées entières.

Là encore il faut attendre 6-7 ans pour parler de fugue. Les déambulations de l'enfant plus jeune qui s'éloigne de sa mère, sans que celle-ci s'en aperçoive, n'ont pas la valeur ni l'intentionnalité d'une fugue.

Les fugues prolongées dépassant la journée sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adolescent. On observe plus souvent chez lui des fugues de quelques heures soit du milieu familial, soit d'une collectivité d'enfants où il a été placé, internat, colonie de vacances, hôpital, soit et surtout des fugues de l'école.

Le plus souvent le fugueur est seul, mais parfois s'organisent des fugues en bande, sous l'impulsion d'un leader, et cela surtout dans les collectivités d'enfants vivant en internat.

---

(1) La notion de psychopathie est explicitée dans le chapitre suivant « Conduites délinquantes », et longuement développée dans le deuxième volume.

Le comportement du fugueur pendant sa fugue est mal connu, le plus souvent il n'a pas de but précis. *Fuguer, c'est d'abord pour lui fuir,* mais cela fait, il ne sait où aller, déambule au hasard, bientôt il cherche un refuge, dans le métro, dans un magasin ou sous un porche. Il ne tarde pas à se faire remarquer par son comportement indécis, voire son angoisse et souvent il est très soulagé d'être découvert et ne tarde pas à avouer sa fugue. *D'autres fois l'enfant a un but,* qui est presque toujours *le retour à un endroit* investi par lui comme sécurisant, voire idyllique ; c'est soit son foyer familial lorsqu'il en est éloigné, soit le lieu d'une ancienne résidence pour des enfants qui ont été séparés de leurs premières figures parentales (foyer nourricier, grands-parents). La fugue franchement psychopathique au cours de laquelle l'enfant a tout un comportement délibéré et évite soigneusement de se faire prendre, est beaucoup plus rare que chez l'adolescent. Dans ce cas elle s'accompagne fréquemment de vols.

*Parmi les facteurs étiologiques* de la fugue de l'enfant, la dissociation du foyer familial a été reconnu depuis longtemps (plus de 60 % des cas dans une enquête d'Heuyer et coll.). Les enfants, garçons surtout, de mères célibataires sont nombreux parmi les fugueurs.

Plus généralement *tous les facteurs d'insécurité affective* se retrouvent comme facteurs étiologiques des fugues : discorde entre les parents, père alcoolique, carences affectives, séparation précoce d'avec le personnage maternel etc.

*Les fugues de l'école* mérite une mention spéciale du fait d'une part de leur fréquence, d'autre part des mécanismes névrotiques qui les sous-tendent souvent ? Sans doute l'« école buissonnière » peut-elle être le fait d'enfants à tendances psychopathiques, peu motivés pour l'école, souvent peu intelligents ou souffrant d'un handicap scolaire particulier dont le plus fréquent est la dyslexie. Mais très souvent c'est un mécanisme phobique qui sous-tend la fugue, laquelle masque en fait une *phobie de l'école.* Il en existe deux formes : celle des enfants au début de leur scolarité primaire, vers 6-7 ans, qui sont angoissés par toute séparation d'avec leur mère - celle d'enfants plus âgés, vers 10 ans, qui sont spécifiquement angoissés par l'école ; ils partent le matin à l'heure habituelle, se dirigent vers l'école, mais arrivés à destination ils sont envahis d'angoisse et ne peuvent entrer ; si certains d'entre eux retournent à la maison et avouent leur angoisse ou la convertissent en malaise corporel, d'autres déambulent toute la journée et ne reviennent chez eux qu'à l'heure où ils l'auraient fait s'ils avaient été à l'école. Bien entendu cela ne dure qu'un temps, jusqu'à ce que l'absence à l'école soit signalée aux parents. La fugue par phobie de l'école est le type de la fugue névrotique (cf. le chapitre « psychopathologie du grand enfant, vol. II).

Les enfants psychotiques peuvent fuguer, sans raison apparente. Il s'agit soit d'autistes, indifférents à leur entourage, qui déambulent sans but (pour B. Bettelheim les fugues des enfants autistiques seraient l'une des raisons de l'existence « d'enfants sauvages » qui seraient en fait des enfants psychotiques) soit de psychoses plus tardives qui peuvent se révéler à l'occasion de la fugue.

Autrefois l'épilepsie était reconnue comme l'une des principales causes de fugues. Aujourd'hui cette étiologie paraît exceptionnelle et même incertaine. Il semble exister des formes d'épilepsie temporale donnant lieu à de simples déambulations, sans comportements élaborés. La plupart des fugues d'enfants épileptiques sont sans rapport avec leur crises.

La classique fugue hystérique, accomplie dans un état second de la personnalité, avec amnésie plus ou moins complète, est aujourd'hui très controversée.

OBSERVATION CLINIQUE

Au cours de cette première consultation où Madame V... a amené sa fille Monique, âgée de 10 ans, elle cherche visiblement à ne pas l'accabler « malgré son comportement, ... ses mensonges, ... ses colères, ... sa paresse, ... ses fugues... ».

Ainsi, cet automne, elle a envoyé Monique, « devenue impossible à la maison », vivre dans la famille de son fils aîné (prêtre d'une secte religieuse) dans l'Est. Après deux mois, Monique a fait une fugue et a été retrouvée tard dans la nuit, à près de 10 km de chez son frère. Celui-ci l'a alors renvoyé à Paris chez ses parents et sa mère s'est décidée à consulter, sans en parler à son mari, prétextant un rendez-vous chez le dentiste.

Madame L... est martiniquaise ; elle nous apprend qu'elle « a déjà élevé quatre enfants à la Martinique... qu'en seconde noce elle a eu Monique et Martine (5 ans)... ». Elle est en France depuis une douzaine d'années, travaille comme aide-soignante dans un hôpital général. Elle présente son mari, infirmier psychiatrique, comme très autoritaire et opposé à la consultation.

Revenant à Monique, elle explique que celle-ci a eu beaucoup de difficultés pour apprendre à lire. Elle a redoublé son C.P., fait un C.E.1. très faible, puis a été mise dans une double section CE1/CE2, sans meilleurs résultats. Après un échec complet en C.M.1. dans l'Est, elle est remise dans un C.E.1/C.E.2 faible à petit effectif et la directrice n'envisage pas le passage en C.M.1 pour l'instant, selon Madame L..., qui dit encore que Monique se dispute continuellement avec ses camarades, qui la supportent mal ; qu'elle « accepte mal son échec et cherche beaucoup à attirer l'attention sur elle... ».

Au cours de cette première consultation, Monique apparaît très inhibée, répond par monosyllabes. Elle fait deux dessins assez stéréotypés et qu'elle reproduira par la suite, une fleur rouge à cinq pétales et un canard, seul, qui s'ennuie et rentre chez lui après avoir mangé.

A la fin de cette première consultation, revoyant ensemble Madame V... et sa fille, nous proposons deux ou trois entrevues pour « approfondir un peu la situation », nous suggérons à Monique de voir la fois prochaine la psychologue qui assistait à cette première consultation, ce qu'elle accepte volontiers, et demandons à Madame L... de venir avec son mari.

Au cours de la deuxième consultation, Monique, seule avec la psychologue, banalise d'abord à l'extrême la situation familiale, mais arrive à parler de son échec scolaire : elle s'ennuie à l'école avec les petits, car elle « sait déjà tout faire ». Au cours de l'entretien avec la mère qui est venue seule, nous apprenons qu'à la suite d'une dispute avec son père, Monique s'est sauvée de la maison. Elle n'a été retrouvée que deux heures plus tard par une voisine, cachée dans le local à vide-ordure du quatorzième étage ; elle avait écrit une lettre très désordonnée pour son père : « je ne veux pas rester, il me mettra dans un hôpital de fous, je ne suis pas folle, je veux aller très, très loin de mon père, de ma mère, pour que je trouve une mère, un père qui m'aiment. Au revoir, Monique ». Nous nous voyons tous ensemble à la fin ; il est évidemment question avec Monique de cette peur d'être hospitalisée en psychiatrie, hospitalisation que Madame V... souhaiterait vivement, nous semble-t-il. Nous rappelons notre projet initial, ce qui semble soulager beaucoup Monique. Ainsi, lors des rendez-vous ultérieurs, Monique va-t-elle être amenée à ne voir que la psychologue, alors que nous recevons ses parents.

Ce couple parental y apparaît très dysharmonique. La mère, martiniquaise, qui nous a dit la fois précédente qu'elle était une grande adepte d'une secte religieuse dans laquelle elle semble passer ses samedis et dimanches, cherche à se présenter comme une bonne mère, comprenant les problèmes de Monique, cherchant à éloigner sa fille d'un milieu familial très perturbé. Elle reste silencieuse en présence de son mari et semble assez opposée aux conceptions éducatives rigides de ce dernier dont elle a tout de même dit précédemment à certains moments qu'il gâtait trop les enfants, qu'il leur cédait lorsqu'elle refusait quelque chose. Le père, infirmier psychiatrique de nuit, apparaît d'abord comme très rigide, conformiste, autoritaire avec des idées bien tranchées sur l'éducation de ses enfants ; il se dit « dur avec les enfants » et veut être le « maître chez lui comme son père l'était à la maison ». Il n'hésite pas à traiter sa fille de folle et à lui dire qu'il faut la soigner. Avant son mariage, il a fait un noviciat puis a prononcé des vœux pour trois ans mais « a quitté la soutane car il n'avait pas la vocation ». Par la suite, il est resté pendant près de six ans dans l'armée. A propos de Monique, Mr V... signale que, selon lui, les troubles sont apparus il y a cinq ans (elle était en grande section de maternelle), lors de la naissance de la petite sœur, qui, dit-il, « lui a retiré une partie de l'affection de ses parents ». Il décrit Monique comme « méchante et perverse, voulant toujours avoir raison ».

Au cours de la consultation suivante, la situation n'a guère bougé. C'est toujours Mr V... qui parle et lorsque nous suggérons à la mère d'exprimer son opinion, nous sentons bien qu'il se sent dépossédé de quelque chose et menace de partir.

Véronique se présente à la psychologue comme une enfant très inhibée, répétant toujours les mêmes dessins assez stéréotypés et très infantiles : un animal, chat, lapin, écureuil, seul au milieu de la feuille, entouré éventuellement de fleurs ; et elle exprime un vécu assez abandonnique, dépressif. Pour elle, être aimée, cela signifie être obéissante. Elle reprend d'ailleurs souvent le discours maternel, se plaignant par exemple de son père et demandant même à être mise en pension.

Un examen psychologique lui est proposé. L'échelle de WISC montre une efficience un peu inférieure à la moyenne, avec dans la partie verbale un net échec au subtest arithmétique, test lié à l'investissement scolaire, tandis que les similitudes sont bien réussies. Dans la partie Performance (AI/83) les assemblages d'objets sont très faibles, ce qui peut faire penser à un trouble au niveau du schéma corporel ou de l'image du corps. Par contre, les complétements d'images sont très réussis et montrent que Monique est capable d'une perception fine, qu'elle peut s'attacher aux détails et reste bien adaptée à la réalité. En fait, le niveau évalué par le WISC ne semble pas refléter les réelles capacités intellectuelles de Monique, qui paraît intelligente. D'ailleurs, la très grande hétérogénéité des subtests montre plutôt un processus de désinvestissement.

Dans le RORSCHAH, une bonne partie des réactions de Monique se caractérise par des tendances à l'inhibition, à la rétraction, voire même à la fuite devant certaines planches, avec pour résultat un appauvrissement de ses possibilités d'expression, tant affective qu'intellectuelle. Ce mode d'adaptation très retréci et figé a l'allure d'une crispation face à des éléments anxiogènes peu apparents. On note qu'une certaine facilitation de l'expression émotionnelle peut survenir mais en restant toujours à un niveau relativement régressif. Le T.A.T. montre bien comment l'enfant a construit une organisation défensive relativement efficace contre ce que l'on soupçonne être un noyau dépressif profond, mais qui n'apparaît pas manifestement. Monique contrôle bien son expression fantasmatique et affective par des processus de mise à distance, banalisation, placages qui sont adaptifs certes, mais aussi appauvrissants.

Ceci dit, au fur et à mesure des entrevues entre Monique et la psychologue (6 en tout), l'attitude de l'enfant change. Elle semble investir cette relation et à travers les tests et le dessin puis la verbalisation, elle devient capable d'exprimer une demande d'aide manifeste, plaçant, son vécu dans un registre beaucoup plus névrotique que caractériel ; en particulier, le bénéfice secondaire qu'elle retire du fait que son père vient la chercher et l'emmène manger des frites après la séance semble l'aider à surmonter le conflit de jalousie lié à la place qu'occupe la petite sœur à la maison et l'amène à verbaliser, au cours du dernier entretien, d'une part son désir de prise en charge et d'autre part la place occupée par sa sœur, en posant des questions au sujet du cordon ombilical. Véronique demande dans un premier temps si la coupure du cordon à la naissance fait mal à l'enfant ; rassurée, elle demande si cela fait mal à la mère et pour finir, ajoute d'un ton péremptoire : « ma sœur a encore son ombilic ».

Au cours de la dernière consultation avant les vacances, la mère cache de moins en moins son extrême mécontentement et apparaît comme très rejetante à l'égard de sa fille qu'elle charge de tous les défauts, qu'« il faut placer », tout en présentant maintenant son mari comme un être faible, cédant sans cesse aux caprices de Véronique.

Un entretien téléphonique avec la directrice de l'école nous apprend par ailleurs que Véronique investit beaucoup plus sa scolarité, qu'elle accepte même « du travail supplémentaire ». Le passage en C.M.1 est envisagé, encore qu'un problème risque de se poser tout de même à la rentrée.

Le changement très rapide de l'attitude de Véronique, tant en classe qu.à la consultation après ces quelques entrevues avec la psychologue, permet d'envisager une évolution assez favorable à condition que le maintien d'une relation thérapeutique lui donne l'appui narcissique dont elle semble avoir particulièrement besoin. Par contre, l'attitude des parents assez peu bienveillante il faut le dire, notamment du côté maternel, pose le problème de l'investissement de Monique par ceux-ci, encore qu'en définitive, sa relation avec son père ne soit peut-être pas aussi insatisfaisante (quoique conflictuelle) qu'il nous avait semblé d'abord. On pressent que le travail qu'il y a à faire dans le cadre de la consultation à la rentrée se situe essentiellement au niveau du couple parental. Un élément assez peu positif sur le plan pronostic dans cette observation, il faut bien le dire, est la réaction maternelle au changement de Monique. Tout s'est passé comme si elle ne pouvait pas tolérer du tout le moindre rapprochement entre Véronique et son père et comme si elle voulait encore moins remettre un peu en question ses propres attitudes.

## E) LES COMPORTEMENTS SEXUELS

1) Avant de parler des troubles du comportement sexuel de l'enfant, il faut rappeler **ses comportements sexuels normaux.**

Pendant longtemps la sexualité infantile a été niée ou méconnue. C'est S. Freud qui le premier a mis en évidence son universalité et son importance dans l'évolution psychique de l'enfant. On sait que dans la théorie freudienne le terme de sexualité recouvre toute excitation des zones érogènes. Nous ne parlerons ici que des manifestations ayant trait directement aux organes génitaux.

La première de ces manifestations est *la masturbation* du nourrisson, qui, comme l'ont montré Spitz et Wolf, apparaît au 8e mois, chez les enfants qui sont dans de bonnes conditions affectives. Par contre elle fait défaut à cet âge chez les enfants carencés affectivement. Sans écarter la signification érotique de cette masturbation précoce, on peut y voir aussi l'exploration du corps propre.

Vers 2 ans la masturbation régresse pour faire place à des activités musculaires rythmiques.

Elle réapparaît vers 3-4 ans, au début du stade phallique, et s'accompagne alors d'une fantasmatisation : fantaisies d'urination, de défécation, de rapports sexuels sado-masochiques entre les parents.

A la phase de latence, qui débute vers 6-7 ans, il y a une diminution nette de toutes les activités auto-érotiques et en particulier de la masturbation.

Enfin elle connaît une recrudescence à la puberté et pendant l'adolescence, due à la recrudescence pulsionnelle de cet âge et au délai qu'impose notre civilisation entre la puberté et la maturité psychologique et sociale, interdisant par là pendant une longue période une vie sexuelle complète et régulière.

La deuxième manifestation sexuelle commune à tous les enfants est *la curiosité sexuelle,* qui apparaît en moyenne vers 3 ans. L'enfant explore son propre corps, il cherche à explorer le corps de ses parents, de ses frères et sœurs, puis de ses camarades de jeu. Puis il pose des questions sur la naissance et la conception. Cette curiosité est directement liée à l'éveil intellectuel de l'enfant et ce qu'on appelle la pulsion épistémophilique (plaisir de savoir). Elle permet à l'enfant d'être renseigné sur la différence des sexes et d'identifier son propre sexe. Entre 3 et 6 ans il prend plaisir à voir le corps de l'autre et à exhiber le sien.

Les psychanalystes ont beaucoup insisté sur l'importance de ne pas réprimer ni culpabiliser les manifestations sexuelles de l'enfant. L'interdiction de la masturbation et les menaces qui y sont souvent assorties renforcent l'angoisse de castration, et en bloquant la fantasmatisation masturbatoire gênent l'évolution psychique de l'enfant et la structuration de l'Œdipe. La répression de la curiosité sexuelle peut retentir sur le développement de la curiosité en général et sur le développement intellectuel. Toutefois il n'est pas inintéressant d'un point de vue général de noter que *les études transculturelles* ont montré un certain parallélisme entre l'assouvissement immédiat des désirs sexuels de l'enfant (dans certaines civilisations tous les jeux sexuels sont autorisés, y compris les essais de rapports sexuels entre enfants) et la pauvreté culturelle. Il est probable que la frustration des besoins sexuels dans l'enfance se fait en partie au bénéfice du développement culturel par des mécanismes de sublimation. Ce qui par contre est certainement pathogène est l'attitude angoissée et projective de certains parents qui traquent l'enfant jusque dans son lit pour lui interdire la masturbation et qui culpabilisent la moindre manifestation de curiosité sexuelle.

2) Les manifestations sexuelles de l'enfant ne pressent donc **une signification psychopathologique** que par leur fréquence, leur intensité et le contexte dans lequel elles survien-

nent : âge de l'enfant, milieu socio-culturel, et surtout autres manifestations psychopathologiques, troubles de l'identité sexuelle.

*La masturbation* peut être réactionnelle à des situations de carence affective, d'abandonnisme, l'enfant trouvant dans cette activité auto-érotique une compensation à son manque affectif.

Elle peut être compulsionnelle, de type névrotique, s'accompagnant d'une fantasmatisation obsédante et culpabilisante.

Elle est fréquente chez les enfants psychotiques, et se caractérise alors par le manque total de retenue de l'enfant, quel que soit son âge. Il se masturbe ouvertement, sans gêne apparente et devant n'importe qui.

On a décrit enfin des masturbations d'origine organique, lors de lésions du lobe temporal ou dans des crises d'épilepsie ; elle y est accompagnée de phénomènes neuro-végétatifs. C'est exceptionnel.

*Les tendances exhibitionnistes* et la recherche de jeux sexuels sont plus marquées chez les enfants à tendances « psychopathiques » ou « perverses » que chez les enfants normaux. Mais on ne rencontre pas chez l'enfant l'exhibitionnisme pervers ou névrotique de l'adulte.

*Des comportements fétichistes* s'observent parfois chez les garçons à la puberté. S'il est légitime de s'en inquiéter et d'approfondir l'analyse de la personnalité de l'enfant, on ne peut cependant pronostiquer une évolution inévitable vers une déviation sexuelle de l'âge adulte.

*La prostitution* est exceptionnelle avant l'adolescence. Elle est beaucoup plus fréquente chez la fille, pour laquelle elle représente une des formes les plus fréquentes de comportement délinquant. Quoique beaucoup plus rare, elle tend actuellement à se développer dans le sexe masculin ; il s'agit alors de prostitution homosexuelle.

Bien entendu, dans le cadre de cette étude des conduites sexuelles, il nous faut approfondir certains troubles de l'orientation et de l'identité sexuelles.

### 3) Identité sexuelle, rôle sexuel, et leurs troubles

Depuis une vingtaine d'années la connaissance des facteurs, qui influencent le développement de l'identité sexuelle a fait beaucoup de progrès. Nous allons nous appuyer pour les décrire sur les écrits de R. Stoller récemment traduits en français.

#### a) Sexe et genre

On distingue *le sexe*, concept biologique défini par l'hérédité, l'anatomie et la physiologie, et *le genre*, concept psychologique qui peut se définir : la catégorie d'individus sexués, dans laquelle on est situé ou à laquelle on se sent appartenir. Sexe et genre se correspondent le plus souvent pour un même individu, mais pas toujours.

Le sexe est actuellement défini avec précision par l'équipement chromosomique. Rappelons qu'il y a chez l'homme 46 paires de chromosomes, dont une paire de chromosomes sexuels, désignés par XX chez les sujets de sexe féminin et par XY chez les sujets de sexe masculin. Hormis les cas, où il y a des anomalies portant sur les chromosomes sexuels (XO, XXY,

XYY, X etc...), le sexe chromosomique est un critère précis et parfaitement objectif. Le sexe est encore défini par la présence des organes sexuels mâles ou femelles et les critères sexuels secondaires. Mais il n'y a pas toujours correspondance entre sexe anatomique et sexe chromosomique. C'est le cas des états intersexués, dont nous reparlons plus loin.

Le genre se décompose en « *identité de genre* » et « *rôle de genre* » : l'identité de genre correspond au sentiment du sujet d'appartenir à tel ou tel sexe ; le rôle de genre correspond au rôle social, qu'il assume. Le plus souvent identité et rôle de genre se correspondent, mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple dans le « transvestisme » masculin l'identité de genre est masculine et le rôle de genre féminin.

Stoller distingue non pas deux, mais trois genres : masculin, féminin et neutre. Le genre neutre s'observe chez des sujets hermaphrodites ou pseudo-hermaphrodites pour qui on a hésité à leur attribuer le genre masculin ou féminin et qui ne se sentent appartenir ni à l'un ni à l'autre.

b) Les facteurs de l'identité sexuelle

Stoller en reconnaît trois :

— l'anatomie et la physiologie des organes génitaux ;

— la relation parents enfants ;

— une force biologique.

1 - *L'anatomie et la physiologie des organes génitaux :* le fait d'avoir les organes génitaux d'un sexe est un des facteurs essentiel de ce que Stoller appelle « noyau d'identité de genre » et qui correspond à l'affirmation « je suis un garçon » ou « je suis une fille ». La perception visuelle et tactile des organes génitaux est une des expériences fondatrices de l'identité de genre. L'excitation dont les organes génitaux sont le siège intervient également.

Cependant, contrairement à ce qu'on a cru pendant longtemps, ces facteurs ne sont pas à eux seuls déterminants.

2 - *La relation parents enfant :* elle intervient à deux niveaux :

— *conscient :* la reconnaissance du sexe de l'enfant, qui entraîne l'attribution du prénom, la façon de l'habiller, de le classer garçon ou fille, de le considérer, d'attendre de lui tel ou tel type de réaction, de jeu etc. Cette relation consciente peut être perturbée dans les états intersexués ;

— *inconscient :* les conflits internes des parents peuvent les amener à peser de manière cruciale sur l'identité de genre de l'enfant, parfois jusqu'à l'inverser complètement. C'est notamment le cas dans le transsexualisme, dont nous reparlerons plus loin.

La qualité de la relation parents-enfant est un facteur déterminant du développement de l'identité de genre. C'est l'identité de genre donnée par ses parents à l'enfant avant l'âge de 3 ans, qui, le plus souvent mais non toujours, est le facteur primordial de ce développement.

3 - *Une force biologique :* dans certains cas elle apparaît déterminante. C'est ce qu'on observe dans certains états intersexués, pour lesquels l'entourage s'était trompé sur le sexe génétique. L'enfant, bien que classé par son entourage dans le sexe opposé à son sexe génétique tend à s'identifier aux enfants de son sexe génétique et n'a aucun mal à changer d'identité de genre lorsqu'on s'aperçoit de l'erreur, même si cela est tardif. Il faut noter cependant que ces cas sont rares.

Dès la fin de la première année on observe des signes nets de comportements et d'attitudes différenciés en fonction du sexe. L'identité de genre est le plus souvent fixée avant l'âge de 3 ans.

c) Les troubles du développement de l'identité et de l'orientation sexuelles

1 - *Les états intersexués*

L. Kreisler définit l'intersexualité « une discordance entre les éléments normalement présents pour caractériser le sexe somatique ». Il classe les états intersexués en deux catégories :

— une première catégorie, dans laquelle les organes génitaux externes sont d'apparence franchement masculine ou féminine. Cependant il y a discordance entre sexe génétique et sexe anatomique, ou entre sexe endocrinien et sexe anatomique. Dans cette catégorie se rangent : le syndrome de Turner (O) de morphologie féminine ; le syndrome du testicule féminisant (les cellules cibles sont insensibles à l'action des hormones mâles), de morphologie externe également féminine ; le syndrome de Klinefelter (XXY) de morphologie externe franchement masculine, bien qu'avec une dysgénésie testiculaire. Ces syndromes peuvent poser des problèmes psychiques, mais ils n'entraînent pas d'erreur, ni d'hésitation quant à l'attribution d'une identité sexuelle. Nous n'avons donc pas à en parler davantage dans le cadre de ce chapitre ;

— une deuxième catégorie englobe d'autres syndromes, dans lesquels les organes génitaux externes ont une apparence ambiguë, ou dans lesquels l'évolution pubertaire des caractères sexuels secondaires est en dysharmonie avec l'apparence des organes génitaux externes. Il s'agit du pseudo-hermaphrodisme féminin, du pseudo-hermaphrodisme masculin et de l'hermaphrodisme vrai.

Dans le pseudo-hermaphrodisme féminin le sexe génétique et les organes génitaux internes sont féminins, mais il y a une virilisation des organes génitaux externes, liés soit à l'administration d'hormones à la mère pendant la grossesse, soit à une hyperplasie surrénale de l'enfant. Cela se traduit par une hypertrophie du clitoris qui prend l'apparence d'un pénis, et par un aspect scrotal des grandes lèvres. L'enfant est souvent pris à la naissance pour un hypospade (garçon avec un pénis malformé à sa partie inférieure) avec ectopie testiculaire.

Dans le pseudo-hermaphrodisme masculin les sujets sont en général mâles en ce qui concerne le sexe génétique et les organes génitaux internes, mais l'aspect externe des organes génitaux est plus ou moins féminin, « tantôt du type féminin, dit L. Kreisler, avec bourgeon génital d'aspect clitoridien et fente vulviforme, tantôt plutôt masculin, rappelant l'hypospade vulviforme, tantôt incertain ».

L'hermaphrodisme vrai est exceptionnel. Les organes génitaux externes sont d'apparence ambiguë, le caryotype est soit masculin, soit féminin, soit en mosaïque, les gonades sont en général mixtes (ovotestis).

Les états intersexués entrant dans cette deuxième catégorie méritent une place dans ce chapitre car l'ambiguïté morphologique des sujets fait commettre des erreurs ou entraînent des hésitations dans l'attribution de l'identité sexuelle. Ce n'est souvent qu'après coup que l'on s'aperçoit d'une erreur, ce qui peut poser de très difficiles problèmes. Faut-il dans ces cas redresser l'erreur de façon à faire correspondre le sexe anatomique avec le sexe génétique, quitte à modifier l'identité de genre de l'enfant ? Faut-il au contraire respecter l'identité de

genre, quitte à recourir à des interventions chirurgicales et à des traitements hormonaux, pour favoriser une évolution morphologique correspondant à l'identité de genre ? C'est tout *le problème du changement de sexe* dans de tels cas.

La réponse de Stoller à ce sujet est nuancé. Il estime que jusque vers l'âge de 3 ans il est le plus souvent possible de modifier l'identité sexuelle sans dommage psychologique, car l'identité de genre n'est pas encore achevée. Au-delà de 3 ans le facteur qui doit être tenu pour déterminant est l'identité de genre, c'est-à-dire essentiellement le sentiment qu'a le sujet d'appartenir à un sexe donné. Comme nous l'avons dit plus haut, cela dépend de plusieurs facteurs dont les plus importants sont en général la relation parents enfants et l'identité sexuelle que les parents ont attribuée à l'enfant. Mais dans quelques cas l'ambiguïté des organes génitaux externes a fait qu'aucun sexe n'a été attribué pendant les premières années, ou malgré l'attribution d'un sexe erroné l'enfant a tendance à s'identifier à son sexe génétique ; il est alors souhaitable de lui attribuer son sexe génétique, de redresser l'erreur faite à la naissance et de favoriser le développement morphologique dans le sens du sexe génétique. Si par contre l'enfant a une identité de genre bien établie qui correspond au sexe qui lui a été attribué à la naissance par erreur, il ne faut pas changer l'identité sexuelle.

Ces problèmes, certes peu fréquents, ont cependant un très grand intérêt théorique et pratique. Ils permettent en effet de mieux comprendre la façon dont se développe l'identité sexuelle. Ils montrent l'importance de s'entourer de toutes les précautions nécessaires avant d'attribuer un sexe à un nouveau-né, dès qu'il y a une anomalie ; il faut notamment ne pas hésiter à faire pratiquer un caryotype. Enfin ils posent épisodiquement de redoutables problèmes pratiques, lorsqu'il faut décider de changer ou non l'identité sexuelle d'un enfant, ce qui en outre peut comporter des interventions chirurgicales, dont la signification symbolique est considérable, comme par exemple l'ablation d'un bourgeon génital ayant l'apparence et pour l'enfant la valeur d'un pénis. On a observé lorsque de telles interventions étaient décidées sans tenir compte de l'identité de genre de l'enfant et sans qu'il y soit psychiquement préparé, des décompensations psychotiques catastrophiques. La solution de tels problèmes exige la collaboration de plusieurs spécialistes, pédiatres, chirurgiens, psychiatres d'enfant.

2 - *Le transsexualisme*

Stoller le définit « la conviction d'un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe ».

Il s'agit de cas exceptionnels mais qui présentent le très grand intérêt de montrer l'influence prédominante de la relation inconsciente mère enfant dans le développement de l'identité de genre.

Stoller en décrit plusieurs observations chez de petits garçons. Le tableau clinique est le suivant : dès l'âge de 2-3 ans ces garçons expriment le sentiment d'être fille ; ils cherchent à s'habiller en fille ; ils ne jouent pas avec d'autres garçons, mais avec des filles ; ils ont tendance à prendre dans les jeux des rôles féminins. Par ailleurs ils ont un développement normal, ils ne présentent aucun signe de psychose et se révèlent tôt particulièrement artistes et créatifs.

Devenus adultes ces sujets déclarent appartenir au sexe féminin, sans pourtant méconnaître leur anatomie masculine ; ils cherchent à s'habiller en femme, sans qu'il y ait à cela aucune composante fétichiste ; ils réclament des moyens médicaux (des hormones) et chirurgicaux (castration, vaginoplastie) pour changer leur anatomie dans le sens du sexe féminin ; s'ils ont une vie sexuelle, ils l'ont avec des hommes, sans se sentir le moins du monde homosexuels.

Il y a dès l'enfance une tolérance remarquable de l'entourage pour les comportements féminins du petit garçon. Les pères sont en général absents physiquement ou s'ils sont présents, ils laissent faire. Les mères encouragent la féminisation de l'enfant.

Stoller a insisté sur la description des mères de transsexuels et sur la relation mère enfant. Ce sont des femmes habitées par un sentiment de vide et d'incomplétude profond, elles sont féminines, mais de manière garçonnière ; elles ont le sentiment d'être sexuellement neutre et d'avoir ériger une façade féminine ; elles ont une violente hostilité à l'égard de l'homme, hostilité dont leur fils est préservé, elles le trouvent au contraire beau et aimable ; enfin elles maintiennent avec lui une proximité physique, qui semble empêcher le garçon d'acquérir sa propre identité sexuelle. Elles portent leur enfant plus longtemps qu'il n'est habituel, souvent contre la peau nue, elles laisse l'enfant les voir nues et ne mettent aucune barrière entre elles et lui. Stoller pense que ces contacts cutanés intenses et prolongés entraînent des confusions des limites entre la mère et l'enfant, d'où une confusion d'identité.

Le transsexualisme féminin est encore plus rare que le transsexualisme masculin. Sa fréquence est estimée à 3 à 8 fois plus faible que celle du transsexualisme masculin. Stoller pense que cela est du au fait que la première identification de la fille est féminine à travers les soins de la mère, alors que le garçon doit se défaire de cette première identification pour acquérir son identité masculine. On connaît peu de choses de l'enfance des futures transsexuelles. Il semble cependant que l'on trouve assez régulièrement dans leur anamnèse une présence trop grande et trop proche physiquement de leur père et une certaines absence de la mère. Devenues adultes les transsexuelles se déclarent hommes dans un corps de femme, s'habillent en homme, prennent des hormones pour se masculiniser, développer leur pilosité ; parfois elles demandent l'ablation de leurs seins ; elles n'ont aucune relation sexuelle avec des hommes.

3 - *Le transvestisme*

Stoller le définit « le fait de porter des vêtements de femme d'une manière fétichiste et par intermittence, pour un homme biologiquement normal qui ne met pas en question son état de mâle ».

Selon cet auteur le transvestisme féminin n'existe pas.

Le transvestisme apparaît souvent dès l'enfance, mais seulement après qu'une masculinité bien affirmée se soit développée. C'est à la suite d'atteintes contre son identité de genre, que le garçon devient travesti, ce qui semble être une façon pour lui de maîtriser le traumatisme qu'il a subi. Le transvestisme est, d'après Stoller, une structure défensive visant paradoxalement à préserver un sentiment de masculinité menacé. Le travesti s'identifie à une femme porteuse de pénis, ce qui est pour lui à la fois une façon de dénier la castration de la femme et de maîtriser le traumatisme subi dans son enfance contre son identité de genre masculine : « Tout le système psychologique complexe que nous appelons transvestisme est une méthode assez efficace pour mettre en œuvre des identifications féminines très fortes, sans que le patient ait nécessairement l'impression que son sentiment de masculinité est en train d'être submergé par des désirs féminins ». (Stoller).

Les mères de travestis ont en général une haine des mâles et une violente jalousie à leur égard. Leur fils n'échappe pas à ces sentiments. Elles cherchent à l'humilier en en faisant de temps en temps une petite fille, ce qui est une sorte d'atteinte vengeresse à l'identité de genre de leur fils.

Les pères sont souvent physiquement absents ou psychiquement indifférents. Certains se montrent complices d'une manière subtile : lorsqu'ils découvrent leur fils habillé en fille, ils le punissent en l'obligeant à s'habiller encore davantage en fille.

4 - *L'homosexualité*

Le problème d'une évolution vers l'homosexualité se pose assez fréquemment chez l'enfant et plus fréquemment encore chez l'adolescent.

Chez l'enfant on peut avec Kreisler et Lebovici distinguer deux éventualités : soit que les parents, plus souvent la mère que le père, craignent l'évolution homosexuelle de leur fils ; soit que le psychiatre craigne cette évolution chez un enfant qui lui est amené pour tout autre chose.

Dans la première éventualité les craintes des parents traduisent toujours une difficulté profonde de leurs relations à leurs fils. Mais il s'en faut de beaucoup que l'évolution de l'enfant confirme toujours la nature des craintes parentales. Certes dans quelques cas l'enfant évolue vers l'homosexualité, mais dans beaucoup d'autres cas l'évolution est totalement différente, des limites de la normale jusqu'à des orgnisations névrotiques, surtout obsessionnelles, voire prépsychotiques ou psychotiques.

Dans la deuxième éventualité le psychiatre craint l'évolution vers l'homosexualité devant des difficultés d'identification de l'enfant à son sexe : chez le garçon, passivité exagérée, jeux de fille, coquetterie, préciosité, voire plaisir à se travestir ; chez la fille, revendication virile, refus de son propre sexe, comportement de garçon manqué etc. En fait il faut être prudent quant au pronostic de ces comportements, qui peuvent marquer seulement un mode de résolution passager des conflits inévitables de l'évolution de l'enfant dans son identification sexuelle. Seule une étude longitudinale très prolongée permettrait de distinguer les cas qui comportent réellement une potentialité évolutive vers l'inversion sexuelle, des cas pour lesquels la prévalence d'une identification à l'autre sexe n'est qu'un moment évolutif dans le développement de la personnalité. C'est donc l'évaluation de l'équilibre d'ensemble de la personnalité de l'enfant, qui doit être le souci du psychiatre, et ce sont les résultats de cette évaluation qui doivent conduire sa conduite thérapeutique.

Il n'est pas exceptionnel qu'un enfant soit l'objet de séduction homosexuelle et ait de ce fait des expériences homosexuelles. L'expérience montre que ces expériences sont un facteur important dans le déterminisme d'une inversion sexuelle.

A l'adolescence les conduites homosexuelles deviennent très fréquentes dans les deux sexes, plus affirmées, mais moins bien tolérées aussi bien socialement que psychiquement chez le garçon que chez la fille. Le plus souvent ces conduites homosexuelles, qu'il s'agisse d'actes homosexuels (en général limités à des exhibitions et des masturbations mutuelles, allant plus rarement jusqu'à la sodomisation), qu'il s'agisse simplement de fantasmes homosexuels appuyés sur des amitiés passionnées, ne sont que la marque passagère d'un stade dans l'évolution de la sexualité de l'adolescent. L'homosexualité renforce le narcissisme de l'adolescent ébranlé par la poussée pulsionnelle, elle le rassure par rapport à l'engagement hétérosexuel.

D'autres fois elles prennent un aspect franchement névrotique. Les fantasmes, voire les passages à l'acte homosexuels sont nécessaires pour lutter contre l'angoisse de castration. grâce au choix d'un partenaire porteur d'un pénis.

Parfois l'homosexualité prend un caractère pervers, bien qu'on tende de nos jours à la distinguer des autres conduites perverses. Dans ces cas les défaillances des identifications sont plus profondes, les mécanismes de défense plus archaïques ; déni, clivage du Moi ; l'angoisse plus massive et centrée autour de l'angoisse dépressive.

Parfois enfin les conduites homosexuelles de l'adolescent masquent ou annoncent une désorganisation psychotique.

## F) LE PROBLEME DES COMPORTEMENTS DITS PERVERS

Il faut distinguer « perversion » et « perversité ». Le terme de « perversion » s'applique stricto sensu à des conduites sexuelles déviantes dans lesquelles le partenaire n'est pas considéré comme une personne mais simplement comme un objet nécessaire à la satisfaction sexuelle, et dans lesquelles une profonde hostilité pour l'autre se mêle à l'acte sexuel. Le terme de « perversité » s'applique à des comportements non sexuels, comportements qui se caractérisent par l'intentionnalité de nuire à autrui, le plaisir qui est retiré des dommages ainsi causés, l'absence de culpabilité et la satisfaction à transgresser la loi. Un comportement ne peut être qualifié de pervers sans que l'on tienne compte de l'intentionnalité qui le soustend. Un enfant psychotique peut mettre le feu en raison de son vécu délirant, un psychopathe peut voler ou fuguer sans intention consciente de nuire et de transgresser la loi ; il ne s'agit pas là de comportements pervers.

### a) Perversions

Les comportements, que nous avons étudiés au paragraphe précédent : transsexualisme, transvestisme, homosexualité, sont ou non rangés selon les auteurs parmi les perversions. Il s'agit, bien sûr, de conduites sexuelles déviantes, mais déviance ne veut pas dire perversion.

Pour Stoller le transsexualisme n'est pas une perversion, le transvestisme entre dans le cadre des perversions, l'homosexualité dans certains cas, mais non dans tous.

Des comportements fétichistes s'observent parfois chez le garçon à partir de la puberté. S'il est légitime de s'en inquiéter et d'approfondir l'analyse de la personnalité de l'enfant, on ne peut cependant pronostiquer une évolution inévitable vers une déviation sexuelle de l'âge adulte.

On sait que Freud a défini ce qu'il appelle la disposition perverse polymorphe de l'enfant. Il ne faut pas en conclure qu'il estimait que tout enfant était un pervers, mais il pensait que l'enfant porte en lui les potentialités de toutes les perversions, tant que ses pulsions sexuelles ne se sont pas ordonnées sous le primat de la génitalité. Nous ne pouvons pas développer ici la théorie psychanalytique de la perversion. Nous dirons seulement qu'on tend aujourd'hui à expliquer les organisations perverses de la personnalité par rapport à une double référence : d'une part l'angoisse de castration, qui est déniée dans le scénario pervers ; d'autre part les angoisses archaïques de la relation mère enfant, angoisse de fusion avec la mère (ce que Stoller appelle angoisse symbiotique), angoisse dépressive. L'organisation perverse permet d'échapper à ces angoisses archaïques. La disposition perverse polymorphe de la sexualité infantile montre que tout individu peut pour lutter contre des angoisses trop vives et pour maîtriser certains traumatismes, recourir à des mécanismes pervers, et qu'il n'est pas nécessaire pour expliquer les perversions de faire appel à l'hérédité.

b) PERVERSITÉ

Il s'agit ici de comportements non sexuels, qui peuvent s'associer à des perversions sexuelles, mais qui peuvent aussi s'observer isolément.

Le comportement pervers le plus fréquent chez l'enfant est le comportement sado-masochique : l'enfant prend plaisir à faire ce qui déplaît à l'autre et ce qui lui est interdit par les adultes, mais il trouve aussi une satisfaction aux punitions plus ou moins sadiques qui lui sont infligées. C'est le plus souvent la relation entre les parents et l'enfant qui est teintée de ce sado-masochisme ; la relation aux autres personnes peut se faire sur le même mode, l'enfant tendant à établir en toutes circonstances ce type de rapports par une provocation permanente du sadisme et du masochisme que tout un chacun porte en lui. D'autre fois c'est électivement vis-à-vis de sa mère, de son père, d'un des membres de sa fratrie, d'un camarade, qu'il exercera ses tendances perverses et la cruauté, c'est le cas notamment de garçons « tyrans domestiques » (souvent des fils de mères célibataires), qui exercent leur sadisme sur leur mère.

Certains comportements de cruauté envers les animaux sont inquiétants par leur aspect érotisé qui les rapproche des perversions sexuelles.

Les comportements de mensonge, en particulier les dénonciations calomnieuses, les lettres anonymes, des vols, des fugues, peuvent avoir une signification perverse.

La pyromanie lorsqu'elle est faite dans l'intention de nuire, soit aux personnes dont l'enfant incendie les biens, soit à quelqu'un qu'il accuse à sa place, entre également dans ce cadre.

L'étude de la perversion chez l'enfant a d'abord été faite dans la ligne de celle des perversions de l'adulte, sous l'influence des doctrines constitutionnalistes, la perversion étant décrite comme une déviation constitutionnelle d'un instinct inné. Dupre en 1912 a décrit trois sortes d'instinct : de conservation, de reproduction et d'association. Il a fait entrer dans le cadre de la perversion toute anomalie d'un de ces instincts. Il définit quatre types d'anomalies : par excès, par atrophie, par inversion et par déviation. L'enfant pervers se caractérise pour lui par son inaffectivité et la malignité de ses comportements. Il appuyait l'étiologie constitutionnelle des perversions sur les constatations d'inéducabilité, d'inintimidabilité et d'inamemdabilité de l'enfant.

Les idées de Dupré ont eu une influence considérable sur les psychiatres (description par exemple du criminel né par Lombroso), mais deux ordres de faits sont venus mettre en cause ses théories :

— la constatation de l'apparition de comportements pervers à la suite d'affections atteignant l'encéphale, constatation faite d'abord à la suite de l'épidémie d'encéphalité épidémique, qui a suivi la première guerre mondiale. Cela a remis en cause le dogme de l'innéité de Dupré, mais non la nature organique des déviations instinctuelles ;

— les travaux des psychanalystes, à commencer par Freud, qui ont montré les relations entre perversions sexuelles de l'adulte, comportements pervers de l'enfant et évolution psycho-affective, c'est-à-dire l'histoire personnelle du sujet. Cela a introduit la notion d'une psychogenèse des conduites perverses en opposition avec la doctrine constitutionnaliste.

## BIBLIOGRAPHIE


BOWLBY (J.). — Fourty for juvenile thieves. Their caracters and homelife. London, 1951.

FREUD (S.). — Névrose, psychose et perversion. Paris, P.U.F., 1973.

FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité (trad. B. REVERHON-JOUVE). Paris, Gallimard, 1962.

KLEIN (M.). — La criminalité. in « Essais de psychanalyse » (trad. M. DERRIDA), Paris, Payot, 1967, p. 307-310.

KREISLER (L.). — Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Psychiatrie de l'enfant, 1970, *13* (1), p. 5-127.

KREISLER (L.). — L'identité sexuelle. Psychiatrie de l'enfant, 1970, *13* (1), p. 307-326.

LAUNAY (C.) et DAVY (C.). — Les enfants difficiles. Paris, Maloine, 1969.

LAUZEL (J.P.). — L'enfant voleur. Paris, P.U.F., 1966.

LEBOVICI (S.) et KREISLER (L.). — L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent. Psychiatrie de l'enfant, 1965, *8* (1), p. 57-134.

LEBOVICI (S.) et SOULE (M.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Paris, P.U.F., 1974 (2e édition).

MICHAUX (L.). — L'enfant pervers. Paris, P.U.F., 1961.

NERON (G.). — L'enfant fugueur. Paris, P.U.F., 1968.

STOLLER (R.). — Recherches sur l'identité sexuelle (trad. M. NOVODORSQUI). Paris, Gallimard, 1978.

STOLLER (R.). — La perversion (trad. H. COUTURIER). Paris, Payot, 1978.

SUTTER (J.M.). — Le mensonge chez l'enfant. Paris, P.U.F., 1972.

WINNICOTT (D.W.). — La tendance antisociale. in « De la Pédiatrie à la psychanalyse » (trad. J. KALMANOVITCH), Paris, Payot, 1969, p. 175-184.

## II - CONDUITES DELINQUANTES

### A) GENERALITES

Il nous a semblé utile de reprendre ici un certain nombre de notions concernant le problème de la délinquance juvénile. Son importance et son actualité, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire n'ont guère besoin d'être soulignées tant elles sont manifestes. Ce qu'il nous paraît par contre nécessaire de remarquer d'emblée, c'est l'existence chez beaucoup d'adultes d'idées toutes faites sur le sujet, d'images stéréotypées de jeunes délinquants, éloignées les unes commes les autres d'une réalité qui les inquiète et qu'ils ne perçoivent pas toujours avec l'objectivité nécessaire.

Avant précisément de décrire quelques aspects de cette réalité, notons que *la délinquance proprement dite est une* **notion relative** *de caractère à la fois juridique, social et moral, donc variable selon les temps et les lieux.* En effet, la délinquance est d'un point de vue juridique strict (celui qui définit le terme même de délinquance, de délit) « ce que la loi dit qu'elle est », c'est-à-dire une activité susceptible de faire l'objet de peines variables selon l'« infraction » commise (de la « contravention » d'une certaine importance au crime en passant par le délit proprement dit) ; or, en ce domaine, les lois diffèrent d'un état à l'autre. D'un point de vue sociologique, la délinquance se référant à une norme sociale représente une déviation par rapport à cette norme, laquelle est fort différente selon les temps et les lieux. On pourrait en dire autant d'un point de vue moral. On voit donc que la délinquance est une notion relative, une forme d'inadaptation sociale à un moment donné, en un lieu donné, laquelle peut traduire mais non toujours bien sûr, des difficultés d'ordre psychologique voire des troubles psychopathologiques.

C'est bien entendu à ces difficultés, à ces éventuels troubles psychologiques que nous allons nous intéresser ici, sachant bien qu'au sein du problème de la délinquance il y a d'autres aspects tout à fait fondamentaux, socio-politiques par exemple, que nous ne pouvons guère aborder dans le cadre de cette brève étude.

Précisément avant d'essayer de situer *la dimension psychologique* des conduites délinquantes des sujets jeunes, faisons une remarque : celles-ci se voient surtout lors de la période d'adolescence, laquelle est en effet une étape particulièrement délicate, angoissante, mettant à rude épreuve le sujet dans ses relations interpersonnelles et sociales. Ceci dit, il n'est pas rare que la délinquance de l'adolescent survienne après un ensemble de manifestations plus précoces intra et extra-familiales où se retrouvent, à des degrès divers, certaines tendances anti-sociales s'exprimant par exemple par des comportements agressifs, une tendance à détruire, des vols, certains mensonges, des difficultés scolaires etc. On parle alors volontiers de *pré-délinquance,* terme dont il faut noter l'ambiguïté car s'il peut désigner quelque chose à venir, de potentiel, il est aussi utilisé pour définir des conditions externes prédisposant à la délinquance (on parle par exemple de milieu social ou familial prédélinquant).

En définitive, sous le terme de délinquance de l'enfant et de l'adolescent, nous allons envisager ici *les comportements antisociaux ou dyssociaux* de ceux-ci, (qu'ils soient délinquants au sens strict ou non) c'est-à-dire en opposition avec la vie du groupe.

## B) QUELQUES CONDUITES DELINQUANTES

Plutôt que de dresser un catalogue des comportements délinquants dont un certain nombre ont été décrits dans le chapitre précédent, nous allons relever quelques situations auxquelles le clinicien dans sa pratique peut être confronté.

*Les fugues et les vagabondages* en représentent un premier exemple. L'« abandon » du domicile familial signe le malaise du sujet dans sa famille, un malaise toujours intense et préoccupant en raison soit des perturbations affectives de celui-ci, soit de conditions familiales très négatives, lorsqu'il s'agit d'enfants.

*Les vols, les dégâts matériels* sont d'autres conduites fort fréquentes. Les atteintes à la propriété, représentent plus de la moitié des infractions. Ces comportements posent des problèmes bien différents selon l'âge, leur type, leur importance, leur fréquence chez le même sujet. Il est habituel de noter que les vols extra-familiaux suivent des vols à l'intérieur de la famille ; que plus l'enfant grandit, plus le côté utilitaire et en même temps agressif et antisocial du vol augmente ; mais ça n'est pas toujours vrai.

*Les comportements violents* (les délits de violence sont en augmentation) sont en général le fait de garçons d'un certain âge ; il peut s'agir de coups et blessures, voire d'homicides, certes rares mais non exceptionnels. Bien évidemment ces derniers peuvent signer une absence pathologique grave de contrôle des pulsions agressives ; mais parfois la volonté d'agression n'est pas manifeste et fait place à la peur. Il faut encore faire la part, chez les jeunes enfants, du fait que la relation entre l'acte agressif et ses conséquences peut être mal perçue.

*Certains comportements sexuels « antisociaux »* sont à citer là : viols (souvent collectifs), attentats à la pudeur (hétéro ou homosexuels), incitation à la débauche... etc. ; ils sont évidemment à replacer au sein des difficultés ou des perturbations de la maturation sexuelle et affective des sujets. Il est habituel de dire que les filles expriment volontiers leur inadaptation socio-familiale par leur inconduite sexuelle. En fait ne s'agit-il pas d'une position sociale bien plus intolérante à l'égard de la sexualité féminine ?

*A propos des toxicomanies juvéniles,* fréquentes comme on le sait, notons d'abord que d'un point de vue juridique, depuis la loi du 31 décembre 1970, l'usage illicite personnel et solitaire de drogues constitue à présent un délit, et non plus seulement l'usage de stupéfiants en société comme auparavant. La prise de drogues (inhalation d'éther, de colle et d'autres produits solvants chez les plus jeunes ; alcool, barbituriques, amphétamines, drogues « psychédéliques » plus ou moins toxiques allant du Haschich au LSD, opiacés, etc.) par les adolescents a en règle *une double signification psychologique et sociale :* elle représente à la fois un moyen de lutte contre leur malaise, leur angoisse personnelle et une occasion de transgresser certaines règles sociales et de créer un univers nouveau avec son rituel, ses règles propres. Ceci dit, il est évidemment essentiel de bien distinguer l'utilisation occasionnelle de drogue, relativement banale à cette période, de la toxicomanie juvénile avérée, qui se caractérise par une escalade d'absorption de drogues aboutissant à une consommation quotidienne qui entraîne une dépendance psychologique et le plus souvent physique (cf. p. 204-205 dans le chapitre « l'adolescence », volume II).

En matière de *délinquance en groupe,* circonstance fréquente, il y a lieu d'évaluer entre autre chose dans quelles conditions elle a eu lieu : s'agit-il d'une conduite occasionnelle à l'occasion de *rassemblements,* de manifestations sous-tendues par une idéologie ou un intérêt commun, (musique, moto, politique, etc.) ayant donné lieu à de la « casse » ? Ou s'agit-il d'une activité répétitive, en *bandes* plus ou moins organisées, surtout urbaines ou suburbaines ?

C) QUI SONT LES JEUNES DELINQUANTS ?

De grandes difficultés, pour ne pas dire une totale impossibilité, attendent ceux qui désirent cerner un type précis de personnalité délinquante. En effet, une conduite antisociale est une modalité d'expression parmi d'autres d'un sujet et ceci au sein d'un contexte psychologique, familial et social, très variable selon les cas. Un délit unique, personnel et une délinquance itérative « professionnelle », un délit accompli en groupe ou isolément, un petit vol et un parricide ne renvoient évidemment pas à la même personnalité.

Une autre remarque mérite aussi d'être faite : il n'y a pas de proportionnalité entre la gravité de l'acte délictueux et l'importance des perturbations de la personnalité de leurs auteurs.

1) En matière de **perturbations psychiques** susceptibles de favoriser des comportements antisociaux, notons d'abord que dans un nombre très limité de cas, la conduite délinquante apparaît liée à des *troubles psychotiques* marqués par une altération sévère du sens de la réalité, par un Moi incapable de faire la part du monde imaginaire et du monde réel et agissant ses fantasmes agressifs. Rapprochons-en les troubles du comportement de certains jeunes ayant une structure déficitaire où l'insuffisance mentale, l'archaïsme des conduites peuvent rendre compte de leurs passages à l'acte.

L'ensemble des perturbations désignées sous le terme de *psychopathie* est notée chez environ 15 à 20 % des délinquants.

Il s'agit d'un trouble sévère de la personnalité marqué par des passages à l'acte violent, répétitifs, ne faisant pas l'objet d'une véritable culpabilité ; par une intolérance massive à la frustration et par des difficultés relationnelles profondes liées à une incapacité à maintenir de manière positive un attachement prolongé à quelqu'un. Parfois l'association de sadisme, d'une indifférence totale par rapport aux conséquences des conduites fait parler d'enfants ou d'adolescents pervers.

Il apparaît à la suite de très nombreux travaux que le rôle des carences et frustrations affectives précoces massives et majeur dans la genèse de la psychopathie (cf. le chapitre « troubles du caractère et psychopathie », volume II).

*Le sujet dyssocial « vrai délinquant »* (il ne s'organise ainsi qu'à partir de l'adolescence) diffère du psychopathe, bien que lui aussi ait au sujet de ses comportements antisociaux peu de culpabilité, parce qu'il a un Moi plus fort, assez fort pour avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes, pour conduire sa délinquance avec logique, être efficace dans son activité dyssociale et être éventuellement loyal envers son groupe. Ce cadre recouvre grossièrement celui de la *sociopathie* des auteurs américains, terme qui renvoie à l'influence de l'environnement familial, social dans l'organisation de telles conduites antisociales.

Chez *les délinquants névrotiques,* la conduite antisociale (vols, manifestations sexuelles...) est occasionnelle, peu claire, inhibée, bloquée, inachevée du point de vue du but à atteindre. On trouve chez ces patients des sentiments de culpabilité assez vifs et un certain besoin latent d'être puni. La conduite « antisociale » paraît bien être, comme un symptôme névrotique, une espèce de formation de compromis entre le désir et les forces contre-pulsionnelles du Moi et du Surmoi, et renvoyer à un conflit interne, actif.

On voit donc que la structure psychique au sein de laquelle prend place la conduite délinquante peut être très variable.

Bien entendu, nous savons tous en quoi *une phase juvénile difficile,* une période d'adolescence particulièrement conflictuelle et angoissante peut être génératrice de passages

à l'acte. Il y a lieu précisément d'essayer d'apprécier leur signification psychologique et leur place dans l'ensemble du fonctionnement mental. Quels sont leurs liens notamment avec la problématique interne du sujet ? Représentent-ils un moyen d'éviter l'abord des conflits et des contradictions internes ? S'agit-il alors d'un recours très occasionnel ou plus systématique de ce mécanisme d'externalisation du conflit, déplaçant vers l'extérieur, dans des conflits externes, ce qui ne peut être abordé à l'intérieur de soi ?

2) D'ailleurs, la personnalité du délinquant, et c'est loin d'être rare, peut apparaître comme **normale,** indemne de tout trait pathologique, de tout conflit important. Le comportement antisocial (en règle unique ou peu fréquent) s'inscrit alors dans *un contexte de circonstances particulièrement génératrices de passages à l'acte* (certaines agressions liées à la peur etc.), ou dans un climat familial ou social où il apparaît très réactionnel à celui-ci et peut même être parfois considéré comme un signe de bonne santé mentale. Il faut donc se garder de psychiatriser à tort de telles conduites « antisociales ».

Nous pouvons citer là par ailleurs P. Male rappelant volontiers que le passage à l'acte délictuel de l'adolescence n'est généralement qu'un « épisode juvénile réactionnel qui guérira par maturation », ce que confirment les enquêtes longitudinales. Le problème est donc bien d'aider de tels sujets à sortir de leur phase tumultueuse de maturation, sans les faire tomber dans la stérile et stigmatisante nosographie de la « personnalité délinquante », car, à l'adolescence surtout, tout est possible et rien n'est le plus souvent figé dans une « structure délinquante ».

Nous allons tout à fait dans le même sens que J. Selosse quand il écrit : « alors qu'un étiquetage stigmatisant peut précipiter la cristallisation d'une identité négative et avoir des effets sociaux plus ou moins irréversibles, il semble souhaitable de ne réserver l'approche psychiatrique dans le champ de la délinquance juvénile, qu'à la minorité de sujets auxquels aucune réponse a déquate résolutive n'a pu être jusqu'alors proposée ».

## D) COMMENT ET POURQUOI DEVIENT-ON DELINQUANT ?

Il n'est guère besoin de dire la complexité des problèmes soulevés par cette question de mécanismes et des causes de la délinquance.

### 1) **Le comportement antisocial, avatar ou échec de la socialisation**

D'un certain point de vue, on peut considérer la délinquance comme la marque *d'une faillite du processus psychique normal de socialisation.* Celui-ci, comme le souligne A. Freud, commence très tôt ; il consiste en une succession de transformations heureuses de tendances et attitudes « antisociales » qui font normalement partie de la nature originelle de l'enfant. C'est le passage d'un état où le désir du nouveau-né est pour lui la Loi, à une reconnaissance des règles de la famille, puis de la communauté ; c'est, en d'autres termes, la substitution progressive au principe de plaisir du principe de réalité, qui lui aussi vise la recherche du plaisir ou la réduction du déplaisir, mais en tenant compte de la réalité et des exigences de celle-ci : celle de la mère, puis celles du groupe familial, social. C'est tout le problème de *l'apprentissage progressif par l'enfant de la tolérance de la frustration,* c'est ainsi tout le problème de la mise en jeu chez l'enfant du mécanisme *d'identification* à une image parentale de bonne qualité ; la Loi ne peut être intégrée chez un enfant que si elle est apportée par la famille,

mais les parents ne peuvent en transmettre l'esprit que s'ils y croient eux-mêmes et si cet esprit est transmis dans un contexte d'amour, condition indispensable pour que l'enfant intègre une notion éthique !

Bref, tout ce qui va entraver les mécanismes d'apprentissage de la tolérance de la frustration et les identifications risque d'être à l'origine de comportements antisociaux.

## 2) Les facteurs de la délinquance

Ils sont multiples et complexes ; c'est dire le côté simpliste et faux de certaines positions rigides s'enfermant dans une conception univoque de l'étiologie de la délinquance, et croyant « tenir le coupable », lequel serait selon les cas, la constitution, l'hérédité, le chromosome surnuméraire Y, la famille, la société, la « crise d'adolescence » etc...

### a) Les facteurs constitutionnels et somatiques

Au fur et à mesure des progrès dans la connaissance de la délinquance, la part de l'héréditaire, du constitutionnel et du somatique, notions d'ailleurs distinctes mais reliées (à tort) dans l'esprit de beaucoup à ce qui n'est pas modifiable, est allée en s'amenuisant au profit des facteurs psycho-sociaux. Bien entendu, tous les facteurs organiques (congénitaux ou acquis) susceptibles d'entraver le développement neuro-psychique peuvent être générateurs de troubles dans l'organisation de la personnalité et donc éventuellement, de manière indirecte et secondaire, de troubles du comportement voire de dyssocialité. La découverte en 1965 par P.A. Jacobs de 7 cas d'aberration chromosomique XYY sur 197 patients retardés mentaux et criminels violents de haute taille, alors qu'ils ne trouvent qu'un seul XYY sur 1925 sujets pris au hasard, a évidemment posé le problème de relations possibles entre une aberration chromosomique, en l'occurrence le triplet XYY (normalement l'homme n'a que deux chromosomes sexuels XY), et une disposition à la délinquance. Mais des travaux plus récents n'ont pas confirmé semble-t-il ces données dont l'interprétation est par ailleurs loin d'être facile. C'est tout le problème du degré de contrainte et de la perméabilité à l'expérience en rapport avec notre patrimoine génétique qui est posé là. Dans l'état actuel de nos connaissances sur ce plan biologique et somatique, aucun facteur spécifique de prédisposition à la délinquance et à la criminalité et en particulier aucun « chromosome du crime » ne peut être retenu.

### b) L'environnement familial

Il est de première importance dans la genèse de la délinquance juvénile, à divers niveaux d'ailleurs.

Toutes les statistiques concordent pour mettre l'accent sur la fréquence des dissociations familiales manifestes (plus de 50 %). Mais même lorsque celle-ci n'existe pas, il est très habituel de noter des perturbations relationnelles, des conflits à l'intérieur de la famille.

*Une carence éducative* est souvent retrouvée, sous la forme soit d'un profond désintérêt des parents pour l'enfant, soit d'une carence d'autorité, paternelle notamment (le père « a démissionné ») ; une éducation inadéquate trop rigide et stricte pour ne pas dire sadique, ou bien encore une éducation inconsistante laissant tout faire à l'enfant, ou incohérente marquée par de brutales et imprévisibles oscillations d'attitudes éducatives peuvent être en cause.

*Les carences affectives précoces* sont considérées par beaucoup, J. Bowlby, R. Spitz par exemple, comme les grandes pourvoyeuses en dyssocialité. D. W. Winnicott écrit : « à la racine de la tendance antisociale, il y a toujours une carence, soit tout simplement qu'à un moment donné la mère ait été repliée, déprimée, soit que la famille se soit disloquée... derrière la tendance antisociale, il y a toujours un noyau sain et ensuite une interruption, après laquelle les choses n'ont plus jamais été les mêmes. L'enfant antisocial cherche d'une façon ou d'une autre, violemment ou avec douceur, à faire reconnaître la dette que le monde a envers lui, ou à essayer de faire que le monde lui réédifie le cadre qui lui a été brisé ».

*Des troubles relationnels* plus ou moins précoces, en dehors de toute carence proprement dite, peuvent être en cause. Ce problème est largement abordé lors de l'étude des troubles de l'organisation de la personnalité s'exprimant de manière préférentielle dans le comportement, dans le volume II. Si on approfondit par exemple les relations entre la mère et l'enfant chez bon nombre d'adolescents psychopathes, il apparaît à beaucoup, notamment à D. Braunschweig et à Van-Thiel Godfrind que la mère a une nette incapacité à investir pour lui-même son enfant qui est vécu comme objet de projection de ses propres désirs narcissiques ; qu'il y a une utilisation du potentiel pulsionnel de l'enfant par sa mère dans ses propres relations et conflits à l'extérieur comme à l'intérieur de la famille (ce potentiel agressif est un objet de rapprochement entre la mère et lui) ; et qu'il y a volontiers une absence ou une dévalorisation massive du père soit au niveau de la réalité, soit dans le discours maternel.

c) Les facteurs sociaux

Ils interviennent évidemment de manière importante sur plusieurs plans.

Des changements fondamentaux, brutaux des conditions de vie, des valeurs sociales, les époques troublées, les guerres, les moments de grande insécurité socio-politique sont générateurs de dyssocialité.

L'urbanisation, l'influence des moyens audio-visuels ne sont pas des éléments négligeables. Ainsi il faut faire une place dans la genèse des infractions contre les biens à l'augmentation des situations de facilitation et de sollicitation constante que représentent les magasins à grande surface, les pressions publicitaires, l'anonymat de la propriété etc... Les facteurs socio-économiques jouent sans aucun doute un rôle dans la désadaptation juvénile ; mais le problème ne se pose pas uniquement sur le plan de la pauvreté et de l'insuffisance de confort et d'hygiène (cf. le problème de la « jeunesse dorée » délinquante), mais peut-être plus en tant qu'entraînant une modification sociétaire, la promiscuité et l'absence de vie famiale par manque de place ou autre raison, la formation de groupes extra-familiaux créateurs d'aspirations différentes de celles des adultes.

Les profonds changements socio-culturels actuels contribuent aussi à perturber les relations parents-enfants. La perte d'une sécurité liée à l'affaiblissement des valeurs ancestrales conduit souvent les adultes à adopter soit des positions défensives intolérantes ou agressives, soit des comportements de démission qui ont pour effet d'accentuer le malaise de la jeunesse.

D'une manière générale, on peut dire que l'image traditionnelle de la délinquance a évolué. Anciennement fondée sur des modèles relativement stables et prévisibles, limitée à certains groupes sociaux relativement bien contrôlés par les autorités sociales, la délinquance juvénile présente aujourd'hui *de nouveaux visages* (J. Selosse). A la recherche d'une émancipation morale et spirituelle, opposée à la rigueur technicienne de l'univers industrialisé et urba-

nisé, à son escalade dans la consommation, à sa réglementation diffuse, elle se présente parfois comme une forme de protestation et de rebellion. Associée au refus d'une certaine réalité socio-politique, elle se veut porteur des prémices de mutation sociale ». Dans l'ensemble des pays, ces manifestations sont le fait de la jeunesse. Le remise en question des systèmes sociaux, des finalités culturelles et des valeurs caractérise bien cette période de la vie propice à l'innovation. Il ne faut pas oublier tout cela lorsqu'il s'agit de réévaluer les parts respectives qui reviennent aux variables de situation et aux variables de personnalité dans les manifestations conflictuelles.

## BIBLIOGRAPHIE


AJURIAGUERRA (J. de). — La délinquance juvénile. In Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1974, p. 999-1046.

BIRON (A.), HUERRE (P.) et REYMOND (J.M.). — Drogues. Toxicomanes et toxicomanie. Hermann édit., 1979, 208 p.

FREUD (A.). — Inadaptation sociale, délinquance, criminalité. In « Le normal et le pathologique chez l'enfant ». Edit. Gallimard, Paris, 1968, pp. 132-147.

HEUYER (G.). — La délinquance juvénile. P.U.F., Paris, 1969.

LAUNAY (Cl.) et MAZET (Ph.). — La délinquance juvénile. Encycl. Méd. Chir., Pédiatrie, 4101, Q 18, 1972, 1-10 (on peut y trouver une bibliographie substantielle).

OLIVENSTEIN (C.), BRACONNIER (A.) et CHARLES-NICOLAS (A.). — Les jeunes et la drogue. Psychiat. Enfant, 1975, *18* (2), p. 443-476.

SELOSSE (J.). — La délinquance à l'adolescence, appel, essai ou erreur ? Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1978, *26* (10-11), p. 503-511.

WINNICOTT (D.W.). — La tendance antisociale (1956). In « De la pédiatrie à la psychanalyse », édit. Payot, Paris, 1969, pp. 175-184.

WINNICOTT (D.W.). — Quelques aspects psychologiques de la délinquance juvénile (1946). In « L'enfant et le monde extérieur », Payot édit.,

## III - CONDUITES SUICIDAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Avec le suicide, nous abordons un tout autre domaine bien que nous soyons là encore dans la sphère de l'agi, dans un type de conduite aussi dont l'agressivité n'est pas toujours exclue, une agressivité qui n'a pu alors, semble-t-il, se décharger par les voies habituelles.

Il nous semble important de bien distinguer dans cette étude les conduites suicidaires des enfants de celles des adolescents, et ce, pas uniquement pour des raisons de différences de fréquence mais bien parce que les moyens utilisés, la signification de telles conduites, le contexte psychologique dans lesquelles elles surviennent sont souvent fort différentes.

L'étude de *l'évolution du sentiment de mort* chez l'enfant et chez l'adolescent va permettre de faire quelques remarques introductives.

Si on envisage dans une perspective génétique l'étude de l'apparition de la notion de la mort, il apparaît que *la maîtrise intellectuelle de ce concept* est assez tardive, contemporaine de la fin de la période de latence voire plus tard.

On a décrit quatre phases d'accession à une telle représentation. Dans la première, l'enfant nie que la mort puisse exister. Dans la deuxième phase, celle-ci est conçue comme une disparition provisoire, une absence, une maladie intéressant essentiellement les gens âgés et présentant un caractère réversible. Vers neuf ans, une nouvelle étape va se franchir : la mort est comprise comme pouvant intéresser d'abord les personnes neutres, puis les proches non sans difficultés : « je comprends bien que mon père est mort, il est enterré mais je ne peux pas comprendre pourquoi il n'est pas rentré dîner hier soir » nous disait un enfant de 9-10 ans, intelligent, après la mort soudaine de son père. Ce n'est donc que plus tard, à la fin de la période de latence ou à l'adolescence, qu'est acquise la notion générale de mort, disparition définitive de la vie et de tout ce qu'elle permet de faire.

A vrai dire, il apparaît clairement qu'une certaine intuition, un certain sentiment de la mort y compris de sa propre mort, apparaissent bien plus tôt chez l'enfant.

Mais c'est là, dans *la dimension affective du problème*, qu'apparaissent bien des difficultés face à une telle reconnaissance. A. Freud écrit précisément à propos des enfants : « leur intellect permet très bien de distinguer le fantasme de la réalité. Dans leur vie affective cependant, le fait réel pénible se trouve déprécié et le fantasme qui lui est opposé est surinvesti de telle sorte qu'un plaisir imaginaire arrive à remplacer un déplaisir réel. Pour chasser l'angoisse, l'enfant refuse de croire que la mort puisse l'atteindre, lui et l'entourage affectif dont il a besoin. Lorsqu'il se décide à l'admettre, c'est pour la considérer comme maladie curable. Et s'il se pare d'une sorte d'immortalité, s'il prend un tel soin à nier, c'est que grande est l'angoisse que ces artifices recouvrent ». *Cette défense négatrice fondamentale* fait place parfois à un acte offensif de devancement du risque, par lequel l'enfant s'identifie à l'agresseur et tente ainsi de démystifier la mort. L'enfant « casse-cou » semble bien utiliser de tels mécanismes de défense. D'autre part, aux défenses chargées d'amortir l'angoisse de mort viennent s'ajouter les interdits de l'adulte face à l'accession par l'enfant à la représentation de la mort.

Bref, nous voyons combien il est difficile de situer l'apparition de la notion de mort chez un sujet tant il s'agit d'un cheminement long et difficile, dépendant à la fois de *sa maturation intellectuelle et affective,* du milieu dans lequel il vit et bien évidemment aussi de l'existence et des deuils qu'elle inflige.

## A) CONDUITES SUICIDAIRES DE L'ENFANT

Outre la fréquente représentation insuffisamment établie de la mort, un autre élément caractérise bon nombre de conduites d'apparence suicidaire de l'enfant : la perception loin d'être toujours claire entre la conduite (par exemple prise volontaire de médicaments) et ses conséquences réelles. On voit qu'il n'est donc pas simple de cerner le problème du suicide chez l'enfant.

On peut cependant, à la suite de quelques travaux récents, notamment ceux de D.J. Duché et de M. Riquet, dégager quelques notions générales.

1) En ce qui concerne d'abord **la fréquence et le type des conduites suicidaires** de l'enfant, notons :

— *la très faible fréquence des comportements reconnus comme suicidaires* (tentatives de suicide, suicides consommés) *avant 12 ans.* La fréquence réelle est évidemment impossible à évaluer ; un seul exemple statistique bien que non récent le montre bien : lors de la décennie 1958-1967, on a enregistré en France, 153 décès par suicide d'enfants de moins de 15 ans : trois garçons et une fille âgés de 5 à 9 ans, 118 garçons et 31 filles de 10 à 14 ans (chiffres donnés dans la thèse de M. Riquet). Quel est le chiffre des morts par suicides non reconnus comme telles ou des suicides présentés et enregistrés volontairement comme des accidents ? Il est certainement loin d'être négligeable si l'on se réfère à l'expérience de nombreux cliniciens de l'enfant.

Citons encore un chiffre : sur les 169 enfants et adolescents hospitalisés pour tentatives de suicide à la Clinique de Psychiatrie de l'enfant de la Salpêtrière de 1948 à 1963 et recensés dans le travail de D. J. Duché, il y a 16,5 % d'enfants entre 6 et 12 ans et 83,5 % entre 13 et 18 ans. Dans toutes ces études statistiques, on note la proportion plus importante de garçons (3 pour 1 fille dans plusieurs).

— *Les moyens utilisés* sont par ordre de fréquence décroissante : la défenestration, puis l'intoxication (essentiellement de médicaments), la strangulation et la pendaison, la phlébotomie, la précipitation sous des automobiles et divers (armes à feu, noyades, gaz...). Il est clair que la *violence* est au cœur de la conduite suicidaire de très nombreux enfants.

— Le problème de *la dimension suicidaire éventuelle de certaines actions dangereuses de l'enfant* se pose parfois. Celles-ci paraissent volontiers alors participer de la notion de *pari* développés par D.J. Duché : tout se passe comme si l'enfant s'en remettait au sort... et à l'attitude des autres ; il se livre à l'inspiration du moment et le « hasard » fait le reste. Nous pensons à certains jeux dangereux (au bord d'une rivière, dans des terrains vagues non explorés, sur le rebord d'une fenêtre, sur une rampe), à certaines promenades solitaires prolongées en des lieux inconnus ou dangereux, etc.

2) **La signification** du comportement suicidaire, telle qu'elle peut apparaître lors d'une investigation psychologique approfondie après une T.S. par exemple, est variable, volontiers polymorphe. Il est habituel de noter une surdétermination de la conduite qui semble réaliser, concrétiser de manière brusque plusieurs types de besoins, vagues, latents. De manière schématique, on peut en décrire quatre :

— La première fonction à laquelle répond souvent l'acte suicidaire est *la fuite* devant une situation ressentie comme intolérable, menaçante. Le menace réelle, objective, peut d'ailleurs leurs apparaître mineure (punitions, etc.) ; mais mobilisant toute une angoisse profonde, elle va déclencher le passage à l'acte. Que de fois d'ailleurs se mêlent chez certains enfants récidivistes, fugues et tentatives de suicide.

— Autre fonction de la conduite suicidaire de l'enfant : *l'appel,* un appel dramatique, après que bien d'autres aient été adressés à l'entourage, sans réponse. C'est le cas notamment d'enfants ayant vécu des situations d'abandon, de placements itératifs et des séparations précoces.

— Parfois, on a le sentiment que le comportement suicidaire permet à l'enfant *d'actualiser les fantasmes de punition ou d'agression* qui l'habitent, ce qui peut momentanément faire céder l'angoisse. Déterminante est alors la notion qu'il peut avoir de la mort, assimilée à un châtiment qui frappe tantôt celui qu'elle appelle, tantôt au contraire son entourage par le jeu de culpabilités.

— La fonction d'un quatrième type de suicide est de satisfaire *le désir de rejoindre un être perdu,* disparu. Elle est le fruit de la pensée magique propre à l'enfance. Ces suicides s'intègrent parfois à une authentique dépression réactionnelle.

3) Reste à définir **le contexte psychologique et socio-familial du passage à l'acte.**

a) Il apparaît que rares, pour ne pas dire inexistantes, sont les affections psychiatriques caractérisées.

b) par contre, et là sans doute réside un fait essentiel, *le vécu de ces enfants* confère à l'ensemble des observations un air de parenté, comme le souligne D. J. Duché et M. Riquet.

Ce vécu est fait de violence environnante, de dissociation familiale, d'insécurité, de ruptures, bref de relations affectives habituellement très insatisfaisantes.

c) Pareil vécu semble favoriser la structuration de la personnalité future sur le mode de *la facilitation au passage à l'acte.* En tout état de cause, l'enfant est appelé à manipuler la mort ou ses équivalents alors qu'il n'est apte ni à la conceptualiser, ni à s'en défendre. La majorité des enfants ont une personnalité immature, en proie à des sentiments d'abandon, de culpabilité, à une angoisse mal maîtrisée par des défenses archaïques. Il faut noter là encore l'existence fréquente de difficultés de verbalisation, d'une vie imaginaire apparaissant comme figée par quelques fantasmes sous-jacents très envahissants, toutes conditions favorisant évidemment le passage à l'acte.

4) On ne peut donc pas tellement s'étonner, après que l'analyse clinique ait révélé chez les enfants suicidaires une certaine parenté (de situation familiale et de vécu psychologique) avec ce qui est noté lors de la délinquance ou de l'adoption d'une conduite dangereuse, que l'étude statistique ait montré, par exemple, une relation en fonction des milieux socio-familiaux, entre décès par suicide, décès accidentels et délinquance.

## B) CONDUITES SUICIDAIRES DE L'ADOLESCENT

Avec l'adolescence, les comportements suicidaires vont non seulement être beaucoup plus fréquents mais encore apparaître dans un climat généralement bien particulier. Le travail d'A. Haim (cité en bibliographie) va servir de base aux remarques suivantes.

1) **Fréquence et type de conduite suicidaires**

a) *La fréquence est élevée.* Lorsqu'on se refère aux statistiques, il apparaît que le suicide est, après les accidents, la deuxième cause de décès de 15 à 24 ans. Il représente 8 p. 100 des décès entre 15 et 19 ans, 11 p. 100 entre 20 et 24 ans. On note plus de deux suicides masculins pour un suicide féminin.

Le nombre des suicides-tentatives est évidemment encore beaucoup plus difficile à évaluer ; on ne peut qu'émettre des hypothèses. La plupart des auteurs estiment que le rapport décès-tentatives va de 1 p. 10 à 1 p. 60. Si on considère les chiffres avancés dans plusieurs travaux, il y aurait de 4000 à 20 000 tentatives de suicide pour les sujets de 15 à 25 ans ; selon quelques sondages, il y en aurait plus de 5000 dans une population de lycéens. Dans une enquête réalisée en 1973-1974 par l'INSERM dans les agglomérations urbaines de Lyon, Toulouse, Strasbourg, on constate une fréquence annuelle de 4 tentatives pour 1000 jeunes de 15 à 24 ans.

Le rapport garçon-fille, très supérieur à l'unité chez les enfants, non seulement diminue mais s'inverse en raison d'une augmentation très notable des tentatives féminines.

En matière de récidive, on constate généralement la survenue d'une nouvelle T.S. dans au moins un cas sur trois, et souvent dans un délai inférieur à six mois. Toujours en matière de statistique, si on se réfère à nouveau à l'enquête de l'INSERM citée plus haut, il apparaît dans l'étude des caractéristiques socio-démographiques des familles des suicidants en comparaison avec la population de référence trois facteurs significatifs : la dissociation familiale, la fratrie égale ou supérieure à 4 enfants, l'appartenance de la mère à la catégorie socio-professionnelle « personnel de service ». En ce qui concerne les facteurs du risque intervenant dans la survenue des récidives (de manière statistiquement significative), y sont notés : l'appartenance à une famille de 4 enfants ou plus, des antécédents familiaux d'alcoolisme, une pathologie relationnelle intra-familiale, des troubles caractériels et difficultés scolaires graves, des tendances dépressives, l'existence d'un diagnostic de psychose ou de personnalité pathologique. C'est dans l'association de ces facteurs que se trouve le risque maximal de récidive.

b) *Les procédés d'exécution du suicide* sont représentés par ordre décroissant par les intoxications médicamenteuses (cause de très loin la plus fréquente), les sections veineuses, les intoxications par le gaz, les précipitations, les armes à feu...

Il y a lieu de noter là l'éventuelle dimension suicidaire de certaines toxicomanies graves et de certaines conduites dangereuses (en moto...).

2) Le problème de **la signification plus ou moins cachée de la conduite suicidaire** n'est pas simple, comme nous l'avons déjà signalé. Ici, comme chez l'enfant, elle n'est pas univoque. La part d'agressivité, celle de fuite ou encore d'appel sont variables selon les cas. La dimension ordalique est présente dans un certain nombre de suicides : ce « pari », cette épreuve que s'impose l'adolescent et dont le résultat est un peu considéré comme un jugement suprême, est une façon d'interroger le destin et de lui forcer la main au besoin ; elle peut prendre des formes diverses, depuis le simple comportement risqué à la conduite manifestement suicidaire en passant par certains actes dangereux. On a l'impression parfois qu'une telle attitude est imprégnée d'un désir quasi-mégalomaniaque ; tout se passe alors comme si le secret désir de survivre à l'acte était pour le sujet un équivalent du désir d'immortalité toute-puissante, « la mort n'ayant pas voulu » de lui.

3) **Le contexte psychologique** est dans l'ensemble fort différent de celui qu'on a décrit précédemment chez les enfants.

a) On considère généralement que 15 à 20 % des suicides d'adolescents sont le fait de patients ayant *des troubles psychiatriques manifestes.* Dans ce cadre, le suicide schizophrénique occupe une place importante, qu'il survienne dans un contexte dépressif, dans celui d'une profonde angoisse de dépersonnalisation ou d'un délire paranoïde ou bien de manière impulsive.

b) *Les facteurs propres à l'adolescence,* indépendamment de toute pathologie proprement dite, sont au premier plan de très nombreux cas.

Nous ne pouvons là que les citer, renvoyant le lecteur au chapitre consacré à « l'adolescence et sa psychopathologie ». Ce sont notamment :

— *la tendance à l'agi de l'adolescent,* liée au moins en partie à un profond malaise de celui-ci au sujet de son corps et à des difficultés de l'élaboration idéo-verbale ;
— *la manipulation de l'idée de mort,* nécessité fondamentale de cette période marquée par une angoisse métaphysique souvent manifeste ;
— *la tendance dépressive,* autre trait caractéristique de l'adolescence marquée par d'obligatoires renoncements (aux objets œdipiens notamment) et une fragilité narcissique du sujet dont le sentiment d'estime de soi est mis alors à rude épreuve.

Pourtant la plupart des adolescents ne se suicident pas. Ceux qui le font n'ont-ils pas en outre d'autres traits facilitant un tel passage à l'acte ?

c) *Certains traits psychologiques* semblent en effet intervenir dans de nombreuses conduites suicidaires. Notons ainsi une particularité de l'humeur à type de *morosité* dont P. Male fait « la cause prépondérante et dominante du passage à l'acte adolescent sous ses trois formes : « fugue ou délinquance, drogue, suicide... »

*Un trouble de l'élaboration* par insuffisance de mentalisation et de verbalisation du vécu émotionnel, l'organisation d'*un idéal du Moi archaïque* avec ses caractéristiques, exigence de l'absolu, absence ou insuffisance de remaniement, sous l'épreuve de la réalité, sont d'autres éléments, comme l'est encore l'insuffisance des mécanismes habituels de défense.

d) Pour terminer cette rapide étude, citons enfin la fréquence de l'absence précoce du père, information objective statistique qu'il y a peut-être lieu de rapprocher de la place de la figure paternelle dans la constitution des identifications du Moi et dans l'élaboration de l'idéal du Moi.

## BIBLIOGRAPHIE

DAVIDSON (F.) et CHOQUET (M.). — Apport de l'épidémiologie à la compréhension et à la prévension du suicide de l'adolescent. Rev. Neuro-Psychiat. Inf., 1978, *26* (12), p. 683-691.

DUCHE (D.J.). — Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Psychiat. Enfant, P.U.F., 1964, *7*, pp. 1-114.

HAIM (A.). — Les suicides d'adolescents, Payot, Paris, 1969, 303 p.

MALE (P.). — Psychothérapie de l'adolescent. P.U.F., Paris, 1964, 258 p.

RIQUET (M.). — Les conduites suicidaires chez l'enfant. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, (Pitié-Salpêtrière), 1973, 172 p.

# LES TROUBLES INTRA-PSYCHIQUES

## I - INTRODUCTION

C'est sous des aspects divers que peut apparaître à l'enfant son malaise, **sa souffrance interne.** L'angoisse, les peurs et les phobies, les pensées obsédantes et la compulsion à faire telle ou telle action, l'incapacité douloureuse à s'exprimer, les sentiments dépressifs en sont autant de modalités d'expression différentes. Leur prise en considération est évidemment de la plus haute importance ; elle nous introduit au cœur même des problèmes qui se posent à tout clinicien.

Nous nous proposons dans ce chapitre de faire une *étude clinique* de ces manifestations, une étude à la fois *descriptive et psychopathologique* essayant de situer la place et la signification de telles manifestations au sein du développement de l'enfant, de son contexte familial aussi. Quelques données théoriques à propos des grandes conceptions psychopathologiques de l'angoisse et de la dépression ne peuvent évidemment manquer d'être mentionnées à cette occasion.

Auparavant, nous voudrions faire quelques remarques introductives à l'abord de ces problèmes.

1) *La manière dont l'enfant tente d'exprimer et de communiquer à son entourage sa souffrance interne est très différente de celle de l'adulte.*

L'enfant ne peut pas le plus souvent exprimer par un langage explicite ce qu'il ressent vraiment, son désarroi, ses déceptions, son inquiétude etc. Il ne faut pas attendre de lui qu'il dise : « ça ne va pas... je suis triste... j'ai peur ... », même lorsqu'on le sollicite. Ceci est d'autant plus vrai que l'enfant est plus perturbé ; ainsi, par exemple, des enfants névrotiques nieront leurs peurs à l'examen alors que des enfants ayant des peurs ou des phobies mineures « normales » pourront éventuellement les évoquer spontanément ou lors des questions, dans un contexte bienveillant.

C'est par des plaintes, souvent centrées sur son corps ou son entourage (frères et sœurs, école, etc), qu'un enfant va tenter de dire qu'il est malheureux. C'est surtout au niveau de son comportement que sa souffrance va s'exprimer. Lorsqu'il s'agit de manifestations bruyantes et gênantes pour l'entourage, elles ne courent pas alors le danger de passer inaperçues, ce qui ne veut pas dire qu'elles sont toujours, tant s'en faut, interprétées correctement par celui-ci. Lorsqu'il s'agit de conduites « silencieuses » ou non gênantes, comme celles de ces enfants « ne posant pas de problèmes » qui sont très souvent des enfants inhibés et passifs, elles ne vont pas attirer l'attention et resteront méconnues malheureusement très longemps.

2) Cela nous amène à évoquer le problème de *la méconnaissance fréquente par les adultes de la souffrance des enfants.* C'est un fait de constatation banale chez bien des parents, des éducateurs, des médecins... et des psychiatres. Faut-il donner des exemples ? Combien de fois voit-on des parents considérer d'authentiques manifestations aiguës d'angoisse comme des « colères », des phobies comme des « caprices », de l'inhibition comme de « la mauvaise volonté » etc. ? Ne voit-on pas souvent des plaintes somatiques de l'enfant comme « j'ai mal à la tête, j'ai mal au ventre... », continuer à être considérées par la famille et parfois le médecin comme les signes d'une possible affection physique, malgré la négativité des examens répétés et un contexte d'anxiété évidente ? Faut-il rappeler encore que les psychiatres tout au moins un bon nombre d'entre eux, disaient encore il y a peu de temps que la dépression n'existait pas chez l'enfant... ?

Les raisons profondes de cette méconnaissance sont certainement multiples et complexes. La culpabilité des « grandes personnes » face à la souffrance des enfants, la crainte que la reconnaissance de celle-ci ne réactualise chez eux des affects et des pensées pénibles qu'ils ont eus « petits » à l'égard de leurs parents, ne sont certainement pas les moindres d'entre elles.

L'image idéalisée de l'enfance comme période de bonheur non troublé est un fantasme projeté par l'adulte, un fantasme dont le caractère général et la ténacité en disent long sur l'importance des forces inconscientes qui contribuent à l'engendrer.

## II - ANXIETE ET ANGOISSE

### A) DEFINITIONS

On définit généralement l'angoisse comme « un affect pénible en relation soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé ». Une telle définition a comme corollaires les notions suivantes :

— distinction de l'*angoisse,* volontiers indéterminée, d'avec la *peur* d'un objet réel considéré à tort ou à raison comme dangereux, d'avec la réaction de frayeur devant cet objet ;

— existence d'un double versant somatique et psychique de l'angoisse ; à noter que dans la terminologie médicale traditionnelle, le terme *d'anxiété* est réservé au versant psychique et celui d'angoisse au versant somatique ;

— nécessité d'une séparation topique entre les différentes instances de la personnalité pour qu'apparaisse l'angoisse : différenciation au moins d'une ébauche du Moi et de l'objet pour que cet affect n'ait pas une signification purement biologique.

En fait, chacun des trois points peut être discuté. En définitive actuellement, le terme d'angoisse a une signification très générale de vécu pénible impliquant *une notion de menace, d'insécurité* dont le sujet ne perçoit pas clairement les sources.

### B) CLINIQUE DE L'ANGOISSE

L'angoisse n'est pas toujours, tant s'en faut, facile à repérer chez l'enfant, et ce, quel que soit son âge. Il n'y a pas de signes passe-partout d'angoisse.

1) **Les manifestations** de celle-ci sont extrêmement polymorphes.

— *Malaise général* de l'enfant perceptible dans sa présentation, ses gestes, sa voix, son visage ;

— *perturbations fonctionnelles* du sommeil, de l'alimentation et de la sphère digestive etc.

— *plaintes somatiques variées.* Combien d'enfants ne peuvent exprimer leur angoisse que par des « j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête... je suis malade... », en dehors de toute douleur physique vraie. En pratique, les problèmes sont souvent complexes et pourtant d'importance : de telles plaintes ne sont-elles qu'une certaine manière de formuler par l'enfant son malaise psychique ? Ne sont-elles pas la traduction d'une réelle douleur physique ? Dans ce cas, l'angoisse est-elle un facteur déterminant du trouble, comme dans certains vomissements ; certaines douleurs abdominales apparaissent par exemple lors du départ à l'école chez des enfants supportant mal la séparation de leur entourage familial ? ou bien n'est-elle pas uniquement la réaction, la conséquence d'une authentique affection somatique (appendicite, maladie fébrile) masquée derrière les réactions d'inquiétude et d'anxiété ?

— *Passages à l'acte* spectaculaires, agressifs ou non, pseudo-colères qui sont en fait de véritables crises d'angoisse (lors d'une frustration trop importante ou bien lorsqu'on essaie par exemple de « forcer » un enfant phobique à affronter la situation qui lui fait peur...), conduites d'opposition sthénique ou non, *inhibition silencieuse,* voilà encore d'autres signes possibles de l'angoisse, comme aussi :

— *l'expression de fantasmes angoissants* dans les histoires, les jeux ou les dessins de l'enfant.

Il y a aussi un élément important dont l'examinateur doit savoir tenir compte : sa propre angoisse devant tel enfant au comportement manifeste pas toujours perturbé. Cette angoisse induite, sorte d'angoisse-écho chez l'autre, est quelquefois un bon signe de malaise de l'enfant.

Quoi qu'il en soit, face à toutes ces manifestations, bien des questions se posent au clinicien et notamment l'une d'elles : sont-elles la marque d'un développement affectif pathologique ou simplement la traduction transitoire des conflits normaux de la vie de tout enfant.

2) **Angoisse normale et angoisse pathologique**

a) L'ANGOISSE AU COURS DU DÉVELOPPEMENT

Nous n'allons pas ici décrire les différents types de conflits externes (avec l'entourage) ou internes (entre les différentes exigences internes du sujet) et d'angoisse caractéristiques de chaque étape du développement. Nous l'avons déjà fait lors de l'étude du développement affectif.

Nous ne pouvons que très brièvement avec A. Freud (dans « le normal et le pathologique chez l'enfant ») évoquer une partie du climat affectif de l'enfance. « Contrairement à l'opinion antérieurement établie, on sait bien aujourd'hui, dit-elle, que la *souffrance psychique est un sous-produit inévitable de la dépendance de l'enfant et des processus normaux de développement eux-mêmes* (1). Les jeunes enfants souffrent vivement de tout ce qui retarde,

(1) Souligné par nous, dans le texte.

limite et frustre leurs besoins corporels et les rejetons pulsionnels. Ils souffrent des séparations qui les éloignent de leurs premiers objets d'amour, quelle que soit leur raison. Ils souffrent des déceptions réelles ou imaginaires qui les touchent. Une détresse très vive est due naturellement aux jalousies et aux rivalités qui marquent l'expérience du complexe d'Œdipe et aux angoisses inévitablement éveillées par le complexe de castration. Même l'enfant le plus normal peut se sentir profondément malheureux pour une raison ou pour une autre, durant un temps variable. C'est là une réaction légitime... »

Bref l'angoisse fait partie de la vie de tout enfant mais elle peut aussi être la traduction d'une évolution pathologique. Comment distinguer l'une de l'autre ?

b) L'ANGOISSE PATHOLOGIQUE

A vrai dire, « il y a peu de différence entre ces enfants quant au type d'angoisse qu'ils éprouvent, car comme nous l'avons noté précédemment, les modalités de celle-ci sont des sous-produits constants des stades consécutifs de l'union biologique avec la mère (angoisse d'annihilation et de séparation), de la relation d'objet (peur de perdre l'objet d'amour), du complexe d'Œdipe, (angoisse de castration), de la formation du Surmoi (culpabilité)... Ce qui est significatif, ça n'est pas la présence ou l'absence d'angoisse, sa qualité ou même sa quantité... *C'est seulement la capacité du Moi de maîtriser l'angoisse* (1) » (A. Freud).

Ce point est tout à fait fondamental dans la clinique de l'enfant. Ainsi, continue A. Freud, « les enfants auront ultérieurement d'autant plus de chance d'être victimes de troubles névrotiques qu'ils se montrent incapables de tolérer des quantités même modérées d'angoisse. Dans ce cas, ils doivent nier et refouler tous les dangers externes qui sont des sources possibles d'angoisse, ou projeter les dangers internes dans le monde extérieur, ce qui rend ce dernier plus inquiétant. Ils peuvent aussi se retirer sur un mode phobique des situations dangereuses pour éviter les attaques d'angoisse. Bref, ils établissent pour l'avenir un type de comportement dans lequel ils doivent à tout prix réussir à se libérer de toute angoisse manifeste. Ils y parviennent par un usage constant d'attitudes défensives qui favorisent une évolution pathologique ».

Cela les distingue des enfants dont on peut prévoir une meilleure évolution psychologique, « ceux qui, dit A. Freud, font face de manière active aux même situations de danger, grâce aux ressources du moi telles que la compréhension intellectuelle, le raisonnement logique, la possibilité de transformer les conditions extérieures, la contre-attaque agressive, c'est-à-dire en maîtrisant la situation au lieu de battre en retraite. Dans la mesure où ils peuvent contrôler ainsi de plus grandes quantités d'angoisse, ils peuvent faire l'économie d'activités défensives excessives, de formation de compromis et de symptômes ».

En définitive, c'est par des moyens de défense contre l'angoisse insuffisamment efficaces, rigides, non diversifiés, que se caractérisent les organisations pathologiques, névrotiques, caractéropathiques, prépsychotiques, psychotiques.

## C) DONNEES THEORIQUES SUR L'ANGOISSE

Il est intéressant de s'arrêter un moment sur la place et la signification qu'a l'angoisse au sein de tentatives de compréhension psychodynamique de la vie psychique, comme celles de S. Freud et de psychanalystes qui se sont particulièrement intéressés à

(1) Souligné par nous, dans le texte.

l'enfant, R. Spitz, M. Klein, D. W. Winnicott, et J. Bowlby dont les références à l'éthologie sont intéressantes, pour terminer par quelques remarques générales sur la théorie des affects ou des émotions.

1) On peut remarquer d'abord que **S. Freud** a beaucoup évolué dans sa manière de concevoir l'angoisse depuis ses premiers écrits jusqu'a la fin de sa vie. L'élaboration précise de ses vues théoriques sur l'angoisse ou tout au moins leur formulation définitive n'est intervenue que tardivement dans son œuvre, puisque son livre « Inhibition, symptôme et angoisse » a paru en 1925.

Auparavant, il avait abordé le problème à plusieurs reprises (« Trois essais sur la théorie de la sexualité en 1905 », Introduction à la psychanalyse » en 1916, notamment). Ces idées sont souvent rapportées sous l'expression de *première théorie de l'angoisse.* De manière très schématique, elle peut être résumée ainsi : chez l'adulte comme chez l'enfant, *la libido se change en angoisse* dès le moment qu'elle ne peut atteindre la satisfaction. « L'angoisse névrotique est un produit de la libido comme le vinaigre est un produit du vin », écrit-il de manière imagée pour tenter d'expliquer la genèse de l'angoisse au sein d'un processus pathologique. D'un point de vue général, considérant le cas de l'enfant, il observe que l'angoisse à l'origine n'est pas autre chose qu'un sentiment d'absence de la personne aimée, que la séparation d'avec celle-ci laisse la libido inemployée, cette dernière n'ayant pas d'objet sur lequel elle peut se poser. L'importance du *refoulement* dans cette transformation de la libido en angoisse est soulignée plusieurs fois : « l'angoisse constitue la monnaie courante contre laquelle sont échangées, ou peuvent l'être, toutes les excitations affectives lorsque leur contenu a été éliminé de la représentation et a subi un refoulement » écrit-il, ce que l'on a parfois résumé dans la formule : le refoulement crée l'angoisse.

Dans « inhibition, symptôme et angoisse », S. Freud va donner une formulation nouvelle de sa conception de l'angoisse, dite souvent *deuxième théorie de l'angoisse.* Celle-ci n'apparaît plus comme le résultat de la transformation d'une motion libidinale refoulée car inacceptable à la conscience, mais comme le signe avertisseur d'un danger pour le Moi menacé par cette motion pulsionnelle ressentie comme dangereuse. C'est l'angoisse qui va être suivie du refoulement et non l'inverse qui se produit, dit très clairement S. Freud qui appuie sa conceptualisation sur des considérations cliniques précises, sur l'étude de la phobie notamment. Il prend ainsi comme exemple une phobie infantile d'animaux, celle du Petit Hans (1) dont la peur envahissante du cheval est sous-tendue par la crainte d'être mordue par lui (interprétée comme la crainte de la castration par le père). L'angoisse est donc rapprochée là de l'angoisse devant un danger réel ou jugé comme tel par le sujet. Cette notion de *signal d'angoisse* (angoisse-signal de danger) est un apport important au sein de l'élaboration théorique de S. Freud. L'angoisse n'est pas un résidu mais un élément de la fonction de défense du Moi qui va mobiliser ses énergies et mettre en jeu ses procédés de lutte contre un danger interne.

2) S'efforçant de préciser l'ontogénèse de l'angoisse chez l'enfant, plusieurs psychanalystes ont été amenés à développer des points de vue intéressants, parfois divergents.

Rappelons d'abord très brièvement ceux de R. Spitz et de M. Klein, dont nous avons étudié lors du chapitre centré sur le développement affectif la conception générale de celui-ci.

Pour **R. Spitz,** on ne peut guère parler que de précurseurs de l'angoisse pendant les tout-premiers mois, de précurseurs purement somatiques puisque selon lui le nourrisson ne

(1) Pour l'exposé clinique détaillé, nous renvoyons évidemment aux « Cinq Psychanalyses ».

peut éprouver alors que des états de *tension*, au maximum des états *d'alarme*, face à un déséquilibre intérieur (faim, réplétion vésicale, etc.) ou à un apport sensoriel qui excède les possibilités de décharge. On peut noter là que tous les individus ne réagissent pas de la même façon à ces premiers traumatismes, ce qui pousse par exemple Ph. Greenacre à parler d'une prédisposition innée à l'angoisse, variable selon les enfants. Ce n'est que dans le deuxième semestre selon R. Spitz, que l'enfant va vraiment éprouver de l'angoisse (cf. « l'angoisse du 8e mois » ou deuxième organisateur de la vie psychique décrit par R. Spitz), ceci en raison du fait qu'il a dès lors clairement identifié le personnage maternel dont la perte, lors d'une séparation même brève, mobilise en lui des affects pénibles.

Selon **M. Klein,** il existe dès la naissance un Moi capable d'éprouver de l'angoisse, d'employer des mécanismes de défense et d'établir des relations primitives d'objet dans le fantasme et dans la réalité. Ainsi le moi immature du nourrisson serait très tôt exposé à l'angoisse suscitée par la bipolarisation innée de ses tendances, le conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Dans un premier temps, le nourrisson vivant tantôt de « bonnes », tantôt de « mauvaises » expériences, éprouverait lors de ces dernières, une *angoisse dite schizoparanoïde* en raison du morcellement et de la dimension persécutive de son vécu. Puis, peu à peu, dans le deuxième semestre, l'enfant accédant à une représentation plus claire et plus cohérente du monde extérieur et à une reconnaissance de sa mère comme une personne totale, source à la fois de « bonnes » et de « mauvaises » expériences, serait amené à ressentir une grande ambivalence envers elle et une *angoisse dépressive* mobilisée par exemple lors d'une séparation ou d'une frustration. Autrement dit, ce type d'angoisse dépressive est très liée à l'agressivité éprouvée à l'égard de l'objet. En définitive, on peut dire dans cette perspective que la marque d'un développement satisfaisant est la possibilité pour le sujet d'assumer sa propre agressivité à l'égard d'autrui comme celle des autres à son égard.

Pour **D.W. Winnicott,** le nourrisson est « un être immature qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir l'idée. Cette angoisse inimaginable est tenue à l'écart par la fonction de la mère d'une importance vitale à ce stade ». Il décrit plusieurs formes de cette angoisse inimaginable : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation. Il relie les troubles de l'organisation de la personnalité du Moi à des défaillances précoces de la relation mère-enfant. Ainsi, il définit le Moi comme « la partie de la personnalité humaine en cours de développement qui, dans des conditions favorables, tend à s'intégrer pour devenir une unité ». Le Moi se caractérise pour lui par trois tendances : tendance à l'intégration que Winnicott met en relation avec la fonction de « maintenance » de la mère (holding) ; tendance à la personnalisation, c'est-à-dire le fait d'habiter son corps, de ressentir une union solide entre le Moi et le corps, qu'il met en relation avec la façon qu'a la mère de soigner l'enfant (Handling) ; instauration de la relation d'objet qu'il met en relation avec la présentation des objets par la mère, c'est-à-dire la façon qu'elle a, non pas tant de satisfaire le nourrisson que de le laisser trouver l'objet et de s'en accommoder (sein, biberon, lait, etc...), ce qui lui donne l'illusion nécessaire d'avoir créé l'objet.

**J. Bowlby,** psychanalyste anglais, élève de M. Klein, a développé une autre conception de l'angoisse. Il est un des principaux auteurs à avoir étudié les effets de carences graves de soins maternels chez les enfants jeunes (comme R. Spitz aux U.S.A.). Il a ensuite étudié les effets à long terme de ces carences en s'intéressant aux antécédents des psychopathes (« les 44 voleurs »). Plus tard il s'est penché sur les problèmes de la prévention des effets de carence chez les enfants hospitalisés. Enfin il s'est intéressé à l'éthologie et aux travaux de K. Lorentz, Tinbergen, R. Hinde, H.F. Harlow. Il reconsidère à leur lumière *l'attachement* de l'enfant à la

mère (ou à son substitut) et y voit une composante instinctuelle, un besoin primaire d'attachement, de contact interpersonnel et social s'exprimant dans des conduites visant à retrouver ou à maintenir la proximité avec un autre individu. (cf. Le chapitre sur le développement affectif). Ainsi l'angoisse apparaît-elle comme un affect primaire déclenché par un excès de tension intérieure que rien dans l'environnement immédiat n'est en mesure de satisfaire. C'est ce qui peut se passer notamment lors d'une *séparation,* circonstance sur laquelle J. Bowlby insiste comme entrave possible à la satisfaction des besoins de l'enfant et comme prototype de ce qui mobilise de l'angoisse. On se souvient à ce propos que J. Bowlby a un point de vue différent de R. Spitz sur l'angoisse du 8e mois. Il distingue, en se référant à certaines observations, la peur de l'étranger et l'anxiété de séparation en tant que réponses élémentaires (volontiers reliées dans la réalité), alors que R. Spitz interprète cette angoisse du 8e mois uniquement comme le signal de la perte de la mère. Selon Bowlby, l'importance de l'anxiété de séparation qu'on peut voir parfois est en grande partie liée au sentiment d'insécurité ou de non-disponibilité que ressentirait l'enfant vis-à-vis de la ou des figures d'attachement privilégiées ; il insiste sur l'importance des faits réels (séparations ou menaces de séparation proférées par les parents) dans la survenue d'un attachement anxieux de l'enfant à l'égard de sa mère. Sur un plan pathologique, il interprète aussi certaines phobies de l'enfance (par exemple les phobies scolaires) en terme d'attachement anxieux.

3) Il est tentant à la fin de cette étude théorique de l'angoisse de citer un point de vue récent qui s'appuie sur ces données de l'éthologie et qui nous semble se situer dans la ligne de la théorie des émotions de Darwin qui défendait l'idée que les émotions sont des résidus de comportements qui ont eu un rôle utilitaire dans les espèces animales et ont perdu cette fonction chez l'homme. Cette thèse récente, défendue par exemple par des psychanalystes comme L. Engel, J. Sandler et Joffe, D. Widlocher, considère qu'on peut décrire *deux grands types d'affect de base,* de réponses affectives psycho-biologiques à des stress, l'affect-angoisse, qui correspondait à un danger menaçant, et l'affect dépressif, qui correspondait à un danger qui s'est réalisé. Les états d'angoisse et de dépression pathologiques seraient liés à des perturbations de l'évolution et de l'organisation affective dominée par le recours et le maintien de telles modalités de réponse.

## III - LES PEURS ET LES PHOBIES

Les peurs et les phobies représentent une autre forme de malaise psychique de l'enfant, pouvant poser de délicats problèmes aux parents, aux psychiatres... et à l'enfant.

A la notion de *peur* est rattachée celle d'affect pénible se produisant en présence d'un objet qui existe réellement et que l'enfant, à tort ou à raison, considère comme dangereux. Lorsque la peur se reproduit systématiquement en présence d'un objet ou d'une situation très précis, toujours le même, on parle de *phobie.*

### 1) Les peurs et les phobies au cours du développement

De telles manifestations sont fréquentes pour ne pas dire constantes au cours du développement normal.

D'un certain point de vue, on peut même dire que l'absence de peurs à certaines étapes du développement de l'enfant, entre deux et cinq-six ans notamment, risque d'avoir une signification pathologique. Voici ce que dit D. W. Winnicott à ce sujet : « un petit enfant qui n'a pas peur des rues de Londres, ou même d'un orage, est malade. Il existe à l'intérieur de cet enfant, comme à l'intérieur de tout enfant, des choses effrayantes mais, lui, il ne peut prendre le risque de les découvrir, il ne peut permettre à son imagination de l'entraîner (sur ce terrain). Les parents et les professeurs qui utilisent eux-mêmes la fuite vers la réalité en tant que défense principale contre ce qui est fantastique (et imaginaire) se trompent quelquefois en pensant qu'un enfant qui n'a pas peur des chiens, des médecins et du noir, est tout simplement raisonnable et courageux. En réalité, le petit enfant devrait être capable d'avoir peur afin d'être soulagé de ce qui est « mauvais » (de ce qui l'effraie en lui)... ».

On voit donc dans cette perspective que la peur de quelque chose de réel est considérée comme une extériorisation et une mise en forme salutaire de l'angoisse infantile.

Il y a lieu d'un point de vue génétique de distinguer, selon A. Freud, les peurs archaïques et les phobies vraies.

*Les peurs archaïques* (dont le prototype est peut-être la peur des étrangers s'extériorisant vers le 7e-8e mois) comme les peurs du noir, de la solitude, des étrangers, lors de la vue d'objets nouveaux ou de situations insolites, la peur du tonnerre et quelquefois du vent, s'observent dans les toutes premières années et disparaissent habituellement ensuite. Elles témoignent de *possibilités encore insuffisantes de maîtrise de l'angoisse* liée à des impressions inconnues, notamment d'une pensée et d'une appréhension du monde extérieur très imparfaites, dominées par des phénomènes de généralisation, de rapprochement, de transformations, qui ne disparaissent qu'avec la mise en place d'une pensée plus rationnelle et logique.

*Les phobies vraies,* liées à une situation ou à un objet très précis (un animal, une personne, un objet, bien spécifiques) et objectivement inoffensifs, apparaissent en règle un peu plus tard, vers quatre, cinq ou six ans et s'estompent progressivement en cas d'évolution normale. Elles sont considérées d'un point de vue psycho-dynamique comme le résultat de la mise en œuvre de *mécanismes de déplacement, de projection et de focalisation* à l'extérieur de l'angoisse, angoisse interne liée aux inévitables conflits de développement, notamment au conflit œdipien.

Lorsque ces phobies ne sont pas envahissantes, lorsqu'elles ne gênent pas l'activité de l'enfant, elles peuvent être considérées comme banales. Il est intéressant de noter que les enfants qui ont ces peurs ou phobies mineures les évoquent soit spontanément, soit lors de questions, contrairement à bien des enfants névrotiques qui nient leur peur à l'examen.

Notons qu'il est évidemment très important de se faire une idée du climat familial et de *l'attitude des parents face à ces peurs.* Sont-ils compréhensifs, rassurants ? ou bien n'ont-ils pas des attitudes inadéquates : trop grande participation à la peur de l'enfant, ce qui ne fait qu'augmenter son angoisse (la peur est contagieuse et certaines phobies infantiles ne sont que l'expression d'une mère elle-même phobique) ; ou à l'opposé, menace de mise en présence ou confrontation réelle de l'enfant à l'objet de sa peur « pour que ça lui passe », moyen éducatif évidemment toxique dont l'usage peut être le fait de parents eux-mêmes phobiques ou manifestant là leurs tendances sadiques.

### 2) Les peurs et les phobies pathologiques

S'il est des peurs et des phobies banales pendant les premières années, il en est qui sont la marque d'une angoisse pathologique par leur intensité, leur caractère très contrai-

gnant et envahissant. C'est le cas d'enfants qui, « ayant peur d'avoir peur », évitent de plus en plus ce qui a trait à la ou aux situations phobogènes, (tel lieu « effrayant », telle situation pré cise angoissante), sont donc contraints à ne plus pouvoir mener une existence normale et à se mettre dans des situations d'échec (à l'école par exemple), voire à ne plus sortir de chez eux. C'était le cas du petit Hans étudié par S. Freud, dont on a déjà évoqué la phobie du cheval et dont l'analyse révéla que la crainte d'être mordu par un cheval renvoyait à une problématique œdipienne, faite de sentiments très positifs à l'égard de sa mère et de sentiments agressifs à l'égard de son père, le cheval apparaissant en définitive comme ce sur quoi était projetée, déplacée et transformée en son contraire la motion hostile au père. Cette observation de phobie infantile névrotique pose bien par ailleurs le problème non seulement de *déterminisme primaire du symptôme* (le refoulement d'un contenu psychologique inacceptable à la conscience) mais aussi celui de *bénéfices secondaires* de celui-ci puisque grâce à sa phobie, Hans restait chez lui près de sa mère.

Bref, les phobies peuvent être la marque d'une *névrose infantile intense* soit monosymptomatique soit au contraire riche et polymorphe et représenter par leur persistance, voire leur aggravation, la traduction d'une névrose de l'enfant (en période de latence) invalidante. Elles peuvent aussi être un des éléments de la symptomatologie de grands états d'inhibition, voire de *processus prépsychotiques ou psychotiques* dont la couverture phobique ou obsessionnelle donne une apparente note névrotique au tableau.

*Les phobies scolaires* (étudiées longuement dans le chapitre « le grand enfant », volume II), à vrai dire il s'agit plus d'un refus anxieux d'aller à l'école que d'une véritable phobie de l'école, représentent une éventualité non rare posant de difficiles problèmes pratiques au clinicien. Il s'agit souvent d'enfants ayant une bonne réussite scolaire dont le refus progressif et bientôt catégorique d'aller à l'école, voire de quitter la maison, semble s'intégrer à tout un contexte d'angoisse éprouvé à l'occasion de la séparation d'avec les parents, la mère généralement et de sentiments d'ambivalence excessive de l'enfant à leur endroit. « Le conflit entre l'amour et la haine qu'il porte à ses parents, l'enfant ne peut le tolérer qu'en leur présence, ce qui le rassure. En leur absence, le versant hostile de l'ambivalence prend des proportions effrayantes : il s'accroche aux images parentales aimées sur ce mode ambivalent, ce qui lui permet de les protéger contre ses propres désirs de mort et ses fantasmes agressifs » dit A. Freud.

## IV - LES MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES

Le problème des manifestations obsessionnelles ne se pose pas tout à fait avec la même fréquence que celui des peurs. Pourtant là encore, il est très représentatif des questions auxquelles le clinicien se trouve spécifiquement confronté chez l'enfant.

Ces obsessions vont consister en des *pensées obsédantes* qui s'imposent à l'esprit du sujet malgré lui et/ou des *conduites compulsives* (compulsions) qu'il se sent contraint d'avoir dans le but plus ou moins conscient de chasser, de conjurer les « mauvaises pensées ». Ces conduites peuvent être purement mentales (par ex. se dire quelque chose de précis réciter une formule, compter etc.) ou gestuelles et donner lieu alors à des rites plus ou moins compliqués s'organisant parfois en des rituels complexes.

1) **Les manifestations obsessionnelles au cours du développement**

Certains comportements « obsessionnels » peuvent se voir et s'observent même très fréquemment dans le cadre d'un développement normal à certaines périodes. Ainsi pendant les troisième ou quatrième années, observe-t-on volontiers ce que A. Freud appelle *une phase obsessionnelle transitoire,* au cours ou au décours de l'acmé du stade anal.

Un goût très net de l'ordre et de la propreté, des rituels et cérémonials du coucher, (souci impératif que la chambre soit rangée de telle façon, les chaussures à telle place, la poupée à une autre, nécessité qu'on borde le lit de telle façon, qu'on donne à boire avec tel verre, qu'on raconte telle histoire etc.) sont généralement banaux à cette période. Ils correspondent en partie aux défenses du Moi face aux exigences pulsionnelles, mais renvoient aussi à la dimension magique, très caractéristique des premières années de la pensée de l'enfant. Habituellement, ces manifestations compulsives disparaissent sans laisser de trace.

L'idée quasi-obsédante de la mort peut être observée chez les enfants en période de latence sans qu'il y ait pour autant un état dépressif associé ou un contexte pathologique.

*L'attitude des parents* n'est évidemment pas négligeable dans l'évolution de ces manifestations, de ces rites ou de ces pensées obsédantes. S'ils sont tolérants, si la mère n'hésite pas à chanter la chanson, à raconter l'histoire tant attendue, à laisser la veilleuse allumée, à à maintenir la porte de la chambre entrouverte, l'enfant s'endort paisiblement et ses rites ne sont généralement pas durables. « Au contraire devant l'intolérance des parents, les enfants réagissent le plus souvent par des exigences croissantes qui camouflent la peur de plus en plus sidérante ; d'autant plus que de tels parents se montrent particulièrement agressifs devant la peur de l'enfant et les manifestations réactionnelles qu'elle détermine », notent S. Lebovici et D. Braunschweig.

2) **Les manifestations obsessionnelles pathologiques**

Si la pensée est entravée dans son fonctionnement par l'apparition fréquente et angoissante d'idées ou de représentations imagées que l'enfant s'efforce en vain de chasser (elles ont souvent une dimension agressive ou sexuelle qui l'inquiète beaucoup) ; si cet enfant se sent obligé par des exigences internes de répéter plusieurs fois ses leçons, de recommencer de même ses devoirs lorsqu'existe la moindre imperfection dans la présentation ; s'il doit pour chasser ses mauvaises pensées ou ses « peurs de faire quelque chose de mal », employer à tout prix des techniques d'allure quasi-magique comme compter jusqu'à un certain nombre, marcher obligatoirement sur le bord du trottoir en évitant les jointures des pierres etc. on est alors en présence de manifestations incompatibles avec une souplesse de pensée et de comportement suffisante, liées à une angoisse nettement pathologique.

Il y a chez l'obsessionnel *un investissement à la fois érotique et magique de la pensée et du langage, un hypercontrôle de la vie affective* qui apparaissent bien lors des investigations et traitements psychanalytiques de tels enfants.

*Le pronostic* des manifestations obsessionnelles importantes chez l'enfant n'est pas très bon. Elles peuvent appartenir à une organisation névrotique mixte le plus souvent (phobo-obsessionnelle par exemple) dont un des risques évolutifs est la rigidification, l'inhibition de la vie psychique. Elles peuvent être l'expression de troubles sévères de l'organisation de la personnalité de type prépsychotique, avec tous les risques de décompensation manifeste grave lors de la préadolescence et de l'adolescence. Enfin, certaines psychoses infantiles ont une symptomatologie d'allure obsessionnelle, à côté d'autres manifestations bien entendu qui traduisent l'insuffisance ou la défaillance des mécanismes de défense du Moi face à une angoisse massive et archaïque.

## V - L'INHIBITION

Le terme d'inhibition est souvent employé par les psychologues ou les psychiatres pour décrire plus particulièrement le comportement et le mode relationnel de l'enfant.

Enfait, l'inhibition peut porter sur n'importe lequel des grands secteurs de l'activité psychique.

### 1) Etude descriptive

*Au niveau relationnel,* ce qui est connoté sous le terme d'inhibition est la difficulté de contact de l'enfant avec autrui, son attitude de retrait, sa non-participation à l'échange verbal alors même qu'il peut y avoir une communication émotionnelle volontiers intense. Le terme de « timidité » est appliqué plutôt aux formes légères d'inhibition. Bien entendu, on peut voir tous les degrés en la matière.

Cette inhibition peut être transitoire et se manifester dans certaines situations angoissantes par exemple en dehors de la famille, à l'école, en groupe ou dans telle situation précise aussi et alors avoir une dimension phobique. Elle peut être permanente et dans ce cas là est beaucoup plus gênante pour cet « enfant sage », trop sage, dont l'entourage ne perçoit pas toujours le profond malaise interne.

L'inhibition peut être plus ou moins diffuse. Il y a lieu de noter si elle s'exprime au *niveau du corps,* d'une posture et de geste raides, empruntés par exemple ; outre la gêne au plan strict de la communication verbale avec autrui, des difficultés du langage écrit et oral doivent être recherchées ; lors de certaines attitudes mutiques de l'enfant, on retrouve précisément à la fois l'aspect de trouble de la communication et celui de perturbations dans l'élaboration du *langage* sous forme d'un retard. L'inhibition peut évidemment gêner *le fonctionnement intellectuel ;* nombre de difficultés scolaires, d'échecs plus ou moins spécifiques en ce domaine renvoient précisément à une inhibition intellectuelle et cognitive. Lorsque celle-ci est massive, elle peut donner une impression de déficit intellectuel.

En définitive, la notion d'inhibition renvoie à celle de limitation plus ou moins intense et diffuse des diverses activités psychiques du sujet. Bien évidemment se pose la question du pourquoi d'une telle limitation. D'un point de vue clinique, on a le sentiment dans de très nombreux cas d'« être confronté à une véritable angoisse paralysante chez le sujet. Parfois c'est un contexte dépressif que l'on note.

### 2) Etude psychopathologique

Dans « Inhibition, symptôme et angoisse », S. Freud écrit : « nous ne verrions guère l'intérêt de délimiter les concepts d'inhibition et de symptôme, si nous ne rencontrions des cas qui présentent seulement, il faut bien le dire, des inhibitions et point de symptômes ». Ainsi est-il amené à distinguer les inhibitions, « limitations des fonctions du Moi » entraînant un blocage de la satisfaction des pulsions, des symptômes proprement dits (phobies, conversion hystérique etc.) où il existe une satisfaction pulsionnelle, satisfaction substitutive, méconnaissable par transformation du plaisir en déplaisir.

L'inhibition apparaît comme *le résultat d'une angoisse du sujet face à ces pulsions tant libidinales qu'agressives.*

Tout se passe comme s'il renonçait à satisfaire celles-ci en raison des conflits qui selon lui, ne manqueraient pas alors de surgir. Cela renvoie d'ailleurs tout à fait à une cons tatation clinique : le sujet inhibé ne s'accorde pas beaucoup de plaisir ; il est par ailleurs très souvent sage, docile, passif, ce qui en dit long de sa crainte de l'agressivité des autres comme de la sienne. *Chez le sujet inhibé, c'est la peur d'agresser ou d'être agressé qui bloque la relation.*

En définitive, l'inhibition entraîne un appauvrissement stérilisant de la vie psychique, un appauvrissement parfois insuffisant pour colmater l'angoisse sous-jacente. C'est dire que le pronostic des inhibitions sévères de l'enfant n'est guère favorable spontanément.

## VI - LA DEPRESSION

La dépression est bien plus fréquente chez l'enfant qu'on ne le dit classiquement. N'a-t-on pas entendu, il y a quelques années encore, d'aucuns soutenir que la dépression n'existait pas chez l'enfant? Bien sûr, si on attend de celui-ci qu'il exprime comme un adulte ses sentiments de tristesse, d'abattement, de non-valeur personnelle, de désintérêt pour ce qui l'entoure, voire ses sentiments de culpabilité, on a toute chance de méconnaître un éventuel état dépressif. Mais là n'est pas la seule cause d'une telle méconnaissance. Il y a en effet un autre fait bien plus général susceptible de rendre compte en partie d'une telle position : la profonde réticence chez beaucoup d'adultes à consentir à la reconnaissance d'une authentique souffrance dépressive chez l'enfant, comme si cela n'était pas supportable pour eux. Remarquons par contre que l'adolescence est considérée communément comme un moment propice pour la survenue d'états dépressifs.

### A) CLINIQUE DE LA DEPRESSION

Notons d'abord que d'un point de vue clinique, ne mérite d'être appelé dépression qu'un état ayant une certaine durée et une certaine importance et non de brèves et communes réactions de tristesse et de chagrin lors d'une séparation ou d'une déception.

#### 1) Etude descriptive

L'expression clinique de la souffrance dépressive est très polymorphe chez l'enfant.

Bien sûr, on peut voir *des tableaux cliniques francs* où l'enfant apparaît clairement malheureux, triste, inhibé, incapable de trouver de l'intérêt à ce qui se passe autour de lui, voire exprimant des sentiments de dévalorisation et de remords.

En fait, c'est *toute une gamme d'attitudes assez diverses* qui doit attirer l'attention et qui est faite, comme l'indiquent J. Sandler et Joffe, d' :

— une apparence de tristesse ;

— une attitude de retrait, de désintérêt, plus ou moins permanente et avec une apparence d'ennui ;

— un aspect de mécontentement avec faible capacité à trouver du plaisir, quelque part, avec quelqu'un, dans une activité, dans le jeu par exemple : l'enfant déprimé ne joue pas (D. W. Winnicott) ;

— un sentiment d'être rejeté ou mal aimé, coïncidant avec une tendance à se détourner rapidement des partenaires vécus comme décevants ;

— une incapacité à recevoir une aide ou un réconfort sans manifester bientôt une attitude de dépit ou d'instabilité, même si la demande est explicitée et l'acceptation apparente ;

— une tendance générale à régresser vers une attitude passive ;

— des activités auto-érotiques ;

— divers troubles somatiques (alimentaires, du sommeil, un certain degré d'hypersomnie par ex.).

Ainsi, des perturbations physiques, un échec scolaire ou dans d'autres domaines, des troubles du comportement peuvent à l'occasion être des symptômes dépressifs chez l'enfant.

2) **Les contextes psychologiques ou psychopathologiques de la dépression de l'enfant**

Il est clair qu'une authentique souffrance dépressive peut se voir chez des enfants bien différents sur le plan de leur structure mentale, de l'organisation de leur personnalité.

— Ainsi peut-on observer d'abord des *réactions dépressives* lors d'une « perte » d'un « objet » cher : un deuil bien sûr, mais aussi la perte plus ou moins symbolique lors d'une séparation du milieu familial, du départ d'un parent (lors d'une séparation des parents ou de toute autre circonstance), d'un frère ou d'une sœur, d'un ami de quelqu'un d'autre d'important pour l'enfant. Ainsi chez cette fille de 11 ans, intelligente qui était devenue susceptible, irritable et ne travaillait plus à l'école, qui en outre se plaignait de douleurs dans les membres et était devenue énurétique, personne ne semblait à l'école comme à la maison, avoir compris qu'elle se débattait avec le chagrin causé par la mort de son frère préféré ; elle n'avait jamais eu l'occasion d'exprimer sa peine. Adressée pour énurésie et refus scolaire, ce n'est qu'en parlant en plusieurs entretiens de ce frère et de son amour pour lui qu'elle pût progressivement en faire le deuil.

— Dans d'autres cas, on constate un *véritable état dépressif, volontiers alors prolongé ou récidivant, sans événement* précis récent qui paraisse pouvoir l'expliquer. Un tel vécu dépressif peut être associé à une symptomatologie névrotique, et renvoyer à une *organisation névrotique* volontiers mixte, phobo-obsessionnelle par exemple, notamment en phase de latence. Mais il peut paraître isolé.

— Ce peut être le cas alors d'enfants « abandonniques » de 4,5-6 ans ou plus, ayant une importante angoisse d'abandon qu'il n'est pas très difficile de rapprocher dans bien des cas d'expériences précoces, itératives, de séparation ou de frustrations massives prolongées extra ou intra-familiales, bref de conditions affectives tout à fait défavorables d'accès à une relation d'objet. Il y a souvent dans de tels cas une espèce d'avidité affective massive et d'accrochage intense à telle ou telle personne, comme s'il y avait une peur sous-jacente de la perdre ; on note encore de véritables conduites provocatrices de l'enfant comme s'il y avait toujours besoin de l'autre, ou même même à un certain niveau, essayait de manière masochiste de reproduire une nouvelle expérience de rejet et de perte. Ainsi voit-on chez l'enfant *certaitaines structures « dépressives » dominées par cette angoisse d'abandon et caractérisées par un type de relation parfois appelé anaclitique* pour mettre l'accent sur l'aspect de « dépendance » affective du sujet, la nécessité pour lui de « s'appuyer » constamment sur quelqu'un pour combler, masquer la profonde insécurité intérieure. Nous reviendrons tout à l'heure sur le problème des relations entre les expériences affectives précoces et les dépressions de l'enfant.

— Dans certains cas, *le contexte est psychotique :* mais il ne s'agit pas de psychoses maniaco-dépressives comme on peut en observer chez l'adulte, lesquelles sont exceptionnelles chez l'enfant, si tant est qu'elles existent. Ce qui ne veut pas dire que l'on ne puisse pas observer chez l'enfant des variations assez rapides de l'humeur dans un contexte psychotique.

Plusieurs auteurs américains, notamment E. Harms, parlent de « *psychoses affectives* » pour désigner précisément « tout un ensemble de troubles de l'humeur, constituant l'élément symptomatique dominant d'un contexte à tonalité psychotique ». Ainsi, sont-ils amenés par exemple à décrire ce qu'ils appellent des « serious babies » (de 3-4-5 ans), enfants qui semblent ne pas savoir sourire, demeurent concentrés sur eux-mêmes, fondant en larmes devant toute situation inattendue et ayant une efficience mentale souvent inférieure à la moyenne et qui présentent des périodes plus ou moins brèves durant lesquelles leur comportement devient tout à fait intempestif, agité, curieux ; « il devient un peu fou par moments » disent les parents. Plus tardivement aussi, après 6-7 ans, ils rapportent de telles alternances de l'humeur au sein d'une personnalité caractérisée par des traits psychotiques.

Bien entendu, il faut parler là de certains états dysharmoniques sévères ou de certains états prépsychotiques où l'enfant exprime de manière répétée des angoisses dépressives très intenses, des fantasmes de mort violente, de catastrophes, d'abandon, extrêmement prégnants, voire même a des comportements auto-agressifs inquiétants (certains enfants casse-cou par exemple). Le devenir spontané de tels états caractérisés par des troubles thymiques graves n'est pas l'évolution vers la psychose maniaco-dépressive de l'adulte mais plutôt semble-t-il, celle de la décompensation psychotique schizophrénique ou d'états-limites ou atypiques ou encore de caractéropathies sévères marquées par d'importants troubles relationnels et parfois des passages à l'acte, antisociaux, répétitifs, de type psychopathique.

— Nous ne ferons ici que quelques brèves remarques sur **les dépressions de l'adolescence** (1), pour signaler d'abord qu'une certaine note dépressive fait partie du vécu de toute crise d'adolescence dont un des aspects psychodynamique essentiels est précisément un certain travail de deuil, lié aux inévitables renoncements qu'entraînent les réaménagements des positions du sujet à l'égard de ses parents et de leurs images internes idéalisées comme à l'égard de lui-même et de son « idéal mégalomaniaque infantile ».

Bien des auteurs ont insisté sur cet aspect de l'adolescence. Citons par exemple A. Freud qui constate une similitude des réponses des adolescents avec celles de deux types de perte réelle : les déceptions sentimentales et les deuils, Citons aussi en France A. Haim qui écrit : « comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus et comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais de même que la dynamique de deuil normal permet d'entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe». Citons encore P. Male qui a beaucoup insisté sur la morosité et le sentiment de vide intérieur chez de nombreux adolescent

En pratique, lorsqu'on est confronté à un état dépressif proprement dit à l'adolescence, il y a lieu de se demander si celui-ci est *lié à la psychopathologie de l'enfance* (par ex. décompensation dépressive dans l'évolution d'une névrose de la phase de latence ou d'un état « abandonnique » ; s'il constitue *une dépression juvénile,* majoration de la problématique dépressive de la crise d'adolescence, à la suite de difficultés diverses ; ou bien *s'il annonce une*

(1) Abordées dans le deuxième volume au chapitre « Psychopathologie de l'adolescence ».

*pathologie nouvelle :* dissociation schizophrénique ou quequefois début d'une psychose maniaco-dépressive.

— Il nous faut bien entendu aborder le problème des « **dépressions anaclitiques** » décrites par R. Spitz chez le nourrisson. Il s'agit d'états d'hébètement survenant progressivement après une phase de protestation, faits d'apathie, de retrait, de somnolence, chez des nourrissons ayant plus de six mois, privés de soins de leurs mères avec qui ils avaient eu jusqu'alors une relation satisfaisante et qui ne trouvent pas dans leur nouveau milieu d'accueil ou auprès de la personne chargée de s'en occuper, des soins et des apports affectifs satisfaisants. Il s'agit donc d'un état lié à une *déprivation* maternelle affective, à propos de laquelle R. Spitz décrit donc plusieurs caractéristiques : la perte doit porter chez un nourrisson suffisamment âgé pour avoir acquis une représentation stable et globale du personnage maternel (c'est ce qu'il décrit sous le nom de « deuxième organisateur ») et qui a bénéficié auparavant d'une relation suffisamment bonne avec sa mère.

Bien que R. Spitz n'ait jamais prétendu que de tels états constituaient une sorte de prototype des dépressions, leur mise en évidence est évidemment fondamentale pour notre compréhension de l'organisation de la relation d'objet mais aussi de la notion de la perte de l'objet, d'un objet réel certes, ce qui n'est pas sans analogie tout de même avec la perte intérieure de la dépression proprement dite.

OBSERVATION CLINIQUE

Madame R... amène en consultation son fils Alexis, âgé de près de 12 ans, sur les conseils de son pédiatre qu'elle était allée voir en raison d'une importante fatigue et de difficultés scolaires inquiétantes.

Dès le début de cette première entrevue, nous sommes frappés par le côté dépressif d'Alexis, son intense sentiment de solitude et aussi d'exclusion par rapport aux autres, son sentiment de dévalorisation dans tous les domaines, sa manière de dire à propos de sa « fatigue » : « ... quelquefois je me dit que je suis foutu » ; ou encore, à propos de l'école : « à quoi bon travailler, çà sert à quoi » ! Plusieurs points sont encore à noter dans cette première consultation : le fait qu'il s'exprime dans un langage particulièrement élaboré pour son âge ; son intérêt pour les modèles réduits, les maquettes : « ça me sert à m'évader du monde qu'on vit... c'est dur de vivre ... » ; ses plaintes, assez diffuses à l'égard des autres, ses camarades, son maître, ses frères qui « l'embêtent », la bonne, une espagnole : « elle est là pour m'embêter depuis que je suis tout petit... ». Il évite par contre de parler de ses parents, sinon pour dire qu'il « leur coûte cher » ; il est en effet en 7e, dans une école privée non subventionnée ; « j'échouerai partout si je rejoins l'école traditionnelle... tout ira mal parce que la méthode est mauvaise ».

L'entretien avec la mère va être interminable mais en même temps apporter assez peu de précisions sur les troubles d'Alexis. En effet, Madame R... nous noie sous un flot de questions, de réflexions, d'analyses personnelles, qu'elle exprime d'ailleurs dans un langage particulièrement recherché. Elle décrit la famille comme « vivant en marge », sans donner plus de précision et insiste sur le fait que « les 3 R... (ses fils dont Alexis est l'aîné) étaient mal vus à l'école primaire ... que ça va bien mieux maintenant à l'école où ils sont depuis deux ans ... mais çà coûte près de 2 000 F par mois... ». Elle explique encore qu'ils ont gardé à la maison la bonne dont parlait tout à l'heure Alexis et qui s'est occupée « remarquablement » des enfants depuis leur plus jeune âge, malgré la faillite de leur petite entreprise familiale dirigée par Mr R... (et où elle avait une place importante), il y a quelques mois ; ils sont « dans des problèmes financiers insolubles... », mais en même temps elle ne peut envisager une autre solution scolaire que l'actuelle, fort onéreuse. En définitive, il se dégage de cette première entrevue avec Mme R... l'impression d'un grand climat certainement ancien d'insécurité à la maison, insécurité financière de toujours jusqu'à la liquidation judiciaire récente, presque attendue par Madame R... pourait-on presque dire, « depuis la naissance des enfants », mais aussi insécurité plus générale vraisemblablement donnée entre autre par cette mère, assez difficile à cerner et ayant toujours le sentiment qu'il va arriver « une catastrophe à la famille des R... ».

Les deux entrevues ultérieures renforcent cette impression initiale, tant au niveau d'Alexis qu'à celui du milieu familial et apporte d'importantes précisions.

Monsieur R... qui est venu à la deuxième consultation sur notre suggestion dit « ne pas être découragé du tout par son coup dur... tout cela est lié à la mauvaise situation économique et commerciale en France depuis 15 ans... j'ai travaillé 15 h par jour... On s'en sortira... ». En fait, derrière son attitude

de négation forcenée de son éventuelle responsabilité à tous les niveaux (professionnels, parental), on le sent lui aussi trés atteint et au fond adhérant aux propos de sa femme... : « maintenant il faut être bardé de diplômes si on veut réussir... Je leur ai toujours dit à mes enfants... car nous, on n'en a pas... et voilà ce qui arrive... Nos parents n'ont pas pu... ». Eux auraient bien aimé pouvoir faire beaucoup de choses pour leurs enfants : « la bonne, l'école privée, ça n'a pas été suffisant peut-être... mais les supprimer, ce serait renoncer... on n'a pas le droit... ».

Les sentiments profondément dépressifs (de dévalorisation massive, de culpabilité, de fatalité de l'échec notamment) d'Alexis ne font que se confirmer. La mort nous semble très présente dans ses pensées ; à plusieurs reprises il y fait allusion : « c'est un problème, la mort... on ne sait jamais si on va en enfer ou au paradis... » ; ou bien : « qu'est-ce qu'on devient après sa mort... », ou encore : « après tout, la mort, il ne faut pas en avoir peur... ». Faut-il interpréter dans le même sens ou bien dans le sens d'une attitude de lutte contre d'autres pensées obsédantes, cette remarque qu'il fait lors d'un silence, pendant un entretien, quand nous lui demandons à quoi il pensait : « souvent, je suis obligé de faire le vide... ». Il n'a pu par ailleurs parler de son père qu'en disant à peu près : « mon père, il est dur... mais ça fait du bien...». Son silence sur sa mère ne peut pas ne pas être considéré comme en rapport avec une très forte charge aggressive à son égard.

Dans le but de préciser ses difficultés dans l'apprentissage et la maîtrise du langage écrit, un examen orthophonique est fait, qui montre certes une grande discordance entre le niveau oral (vif et rapide) et le niveau écrit (lent et faible) mais sans les signes de difficultés spécifiques.

Lors de l'examen psychologique, ses capacités intellectuelles, notamment dans les épreuves de performances du WISC (Q.I. 140) sont apparues très supérieures à la moyenne, plus dysharmoniques dans les épreuves verbales de ce même test avec par exemple une note basse dans l'épreuve d'arithmétique à peine plus élevée dans l'information. Lors des tests projectifs, ses très importantes difficultés affectives apparaissent nettement, allant le plus souvent dans le sens d'un évitement des contacts sociaux et de la communication, particulièrement évident dans le TAT ; la relation à la mère y apparaît particulièrement dangereuse, débouchant sur la mort d'un des deux sujets. Au Rorschach c'est plutôt l'attitude défensive d'opposition et d'agressivité à l'égard du matériel et de la psychologie qui manifeste, à rapprocher de ses projections agressives sur ces camarades notamment.

En définitive, il semble qu'on peut évoquer chez Alexis une dysharmonie importante de la personnalité qui n'apparaît pas s'être organisée sur un mode névrotique ni psychotique mais est centré, autour *de failles narcissiques importantes et évidentes,* sur une problématique profondément dépressive et agressive. Sur ce dernier point, on peut remarquer à propos d'impressions persécutives souvent constatées dans de telles structures qu'elles sont souvent considérées, à tort selon nous, comme les signes d'un fonctionnement psychotique alors qu'elles renvoient beaucoup plus, dans un tel contexte, à une quête permanente d'amour et de réassurance narcissique insatisfaite.

Il est clair que cela n'est pas sans lien avec ce que nous avons perçu du milieu familial (on peut encore dire que les deux autres enfants ont aussi des difficultés notables), notamment de la personnalité de la mère, elle-même très fragile sur le plan narcissique et ayant toujours le sentiment de ne pas en faire assez, de ne pas faire assez bien, ayant un désir de réparation toujours plus fort qui l'amène à des situations toujours plus éloignées des réels intérêts de ses enfants, d'Alexis en la circonstance. Ainsi, nous a-t-elle demandé un certificat en vue de l'attribution d'une allocation pour enfants handicapés pour Alexis pour pouvoir payer l'école privée ce que nous avons refusé en essayant de la confronter à ce qu'il pourrait ressentir d'être ainsi officiellement dévalorisé. Elle a à cette occasion exprimé une très vive agressivité à notre égard, ce qui en définitive a peut-être été très positif sur le plan de l'installation d'une relation thérapeutique avec elle. Alexis vient de commencer une psychothérapie.

## B) PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION DE L'ENFANT

Quels sont donc les mécanismes psychiques des dépressions infantiles dont nous venons de parler ? Comment peut-on comprendre la survenue d'une souffrance dépressive authentique chez un enfant ? Y a-t-il des points de divergence fondamentaux avec ce qu'on sait des dépressions des adultes ? Bien des travaux se sont appliqués à tenter de répondre à ces questions. Un certain nombre de données paraissent acquises, mais beaucoup d'autres ne sont encore que des hypothèses.

1) Remarquons d'abord que toute dépression pose inévitablement deux problèmes celui de l'expérience de *la perte* et celui de ses rapports avec *l'agressivité.*

L'expérience de la perte est au cœur de la souffrance du déprimé, et ce, quel que soit son âge : il y a un sentiment d'avoir perdu quelque chose ou quelqu'un, un sentiment de perte d'amour. Cette perte est ressentie par le sujet comme un sentiment de vide intérieur, une amputation d'une partie de soi. On voit la composante narcissique fondamentale de toute souffrance dépressive ; une perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation. Bref, l'expérience de la *perte intérieure* paraît bien être le noyau fondamental de toute dépression.

Qu'en est-il de l'agressivité ? L'impossibilité de se défendre contre la souffrance psychique, de décharger *l'agressivité* dirigée contre ce qui est considéré comme la source de la douleur est un autre aspect de la dépression tout à fait primordial. Il semble bien que l'agressivité soit présente de manière nette dans une très grande proportion d'états dépressifs sous forme d'auto-agression plus ou moins symbolique ou d'agressivité plus ou moins camouflée contre lui. Bien évidemment se pose le problème des liens éventuels au sein de la dépression entre ces deux notions, celle de perte et celle d'agressivité.

2) Se pose maintenant le problème des dispositions psychiques internes, des situations externes susceptibles d'engendrer la dépression. A ce point de vue, les avis sont parfois divergents comme nous allons le voir en envisageant rapidement quelques notions apportées par S. Freud, et par des psychanalystes anglo-saxons qui se sont particulièrement intéressés à l'enfant comme R. Spitz, J. Bowlby, M. Klein, D. W. Winnicott, en citant enfin la conception qui tend à faire de la dépression une réaction affective de base.

On voit que **S. Freud,** après K. Abraham, s'est intéressé à la dépression mélancolique dans « deuil et mélancolie » (1917) où il décrit tout « un jeu » complexe des instances psychiques, susceptible de rendre compte d'une telle dépression de l'adulte : identification d'une partie du moi à l'objet perdu (il s'agit là d'une perte symbolique), retournement sadique du surmoi contre le moi, baisse de l'estime de soi, ceci en raison d'une modalité de relation d'objet très particulière du candidat à la mélancolie (et à la psychose maniaco-dépressive), caractérisée par une ambivalence foncière marquée du fantasme oral : dévorer et détruire ce qu'on aime. Evidemment, un tel schéma psychopathologique n'est guère applicable aux dépressions de l'enfant où les instances psychiques n'arrivent à une différenciation suffisante qu'à la fin de la période de latence. Il est intéressant dès lors de se reporter à l'ouvrage plus tardif de dix ans qu'est « Inhibition, symptôme et angoisse » (1926) où S. Freud approfondit *le concept de perte d'objet,* en se référant notamment à la situation du nourrisson n'apercevant plus sa mère et éprouvant alors ensemble « deux élements qui seront ultérieurement séparés, l'angoisse et la douleur » quand il aura su « distinguer l'absence temporaire de la perte durable ». L'angoisse apparaît là comme la réaction au danger que comporte la séparation, la perte d'objet ; la douleur psychique apparaît, elle, comme la réaction propre à la perte de l'objet, perte réelle dans le deuil, perte intérieure dans la dépression.

Nous avons évoqué tout à l'heure l'existence des états d'hébétement, de marasme appelés dépressions anaclitiques par R. Spitz, lors d'une déprivation maternelle massive chez des nourrissons ayant eu jusque-là une relation positive avec leur mère dont ils pouvaient en raison de leur âge (6 mois ou plus) avoir une représentation stable et globale. Toujours dans le cadre d'études fondées sur l'observation directe du jeune enfant, l'importance manifeste *des traumatismes de séparation dans la genèse des états dépressifs ultérieurs a été soulignée* par **J. Bowlby.** D'après lui, les réactions de l'enfant à la séparation sont particulièrement importantes entre 15 et 30 mois, même si depuis 8-9 mois le nourrisson souffre de l'absence de sa mère ou de ce qui en tient lieu. Ces réactions sont décrites par J. Roberton en trois stades : une

première phase de lutte active, de protestation, de recherche de l'objet, de la mère (cela peut durer quelques jours ou quelques heures) ; une deuxième phase de désespoir avec diminution des pleurs : l'enfant devient inactif, ne cherche rien, ne demande rien ; une troisième phase d'apparente guérison, de détachement : l'enfant se laisse faire par l'entourage, s'y intéresse, il semble sociale ; si la mère revient, l'enfant manifeste un certain désintérêt à son égard.

Si cette expérience de séparation se répète, cette phase de retrait va prendre une autre allure ; l'enfant va s'enfermer sur lui-même, avec des activités auto-érotiques rituelles, sans contact avec l'entourage, prenant une allure autistique. Pour Bowlby, la dépression est caractérisée précisément par le type d'attitudes décrites dans la deuxième phase : le mutisme, l'immobilité, la coupure avec le monde extérieur ; il y a donc selon lui une espèce de comportement de base caractéristique de la dépression qu'on peut rapprocher donc de ce qu'on observe dans les séparations vécues par des enfants, ce qui est plus qu'une analogie pour lui mais bien une condition étiologique ; selon lui, tout part de la perte réelle objective dans la dépression. Il faut bien reconnaître qu'en pratique, on ne retrouve pas toujours de tels traumatismes de séparations, de pertes réelles dans les états dépressifs, lesquels sont des phénomènes psychiques complexes dépassant souvent le problème de la rupture d'un lien anaclitique avec un objet réel.

**M. Klein,** à l'opposé de J. Bowlby, met l'accent sur l'importance de la vie imaginaire et plus particulièrement des *fantasmes agressifs* dans la genèse du vécu dépressif, fantasmes agressifs issus directement de la vie pulsionnelle et mobilisés obligatoirement dans toute relation objectale. La théorie de « *la position dépressive* » est à la base de la compréhension des états dépressifs. On sait que selon elle, cette position est connue et éprouvée par tous les enfants avec plus ou moins de bonheur, à partir du moment où ils accèdent à la relation objectale et qu'ils sont confrontés à leur obligatoire ambivalence à l'égard de leurs objets. Cette position dépressive infantile serait, lorsqu'elle est particulièrement difficile à surmonter, le noyau sur lequel vont se greffer les états ultérieurs. C'est une étape nécessaire du développement intérieur du sujet centré sur *l'antagonisme entre l'amour et la haine,* les expériences heureuses et malheureuses de la vie ne faisant qu'apaiser ou exacerber les manifestations de haine empêchant des fixations à la position dépressive, voire persécutive.

Une autre perspective s'appuie sur l'observation des comportements de retrait, d'immobilité ou de ralentissement, notamment dans les dépressions sévères à tous les âges, les dépressions anaclitiques singulièrement. Elle s'appuie aussi sur certains comportements animaux de figeage, de retrait, ressemblant à des conduites dépressives sévères observées notamment lors d'expériences de séparations précoces du jeune animal de sa mère (par ex. expérience de Harlow sur les bébés singes). De même les situations de deuil peuvent également entraîner chez l'animal, lors de la perte d'un congénère ou d'un petit, des réactions d'immobilité, de retrait, de rejet des objets nouveaux.

Existerait-il un comportement de base, se retrouvant chez l'homme et dans d'autres espèces, qui représenterait une réponse « psychosomatique » de l'organisme à des situations traumatiques de privation ou de perte ?

C'est ce que suggère en particulier G.L. Engel pour qui cette réponse psychobiologique caractérisée par l'immobilité de l'organisme, par une certaine manière de « faire le mort », constitue une réponse commune à de nombreux stress, *une réaction affective de base face à un danger qui s'est réalisé ;* cette réponse s'opposerait ainsi à la réponse d'angoisse qui au contraire correspondrait à un danger menaçant.

## VII - L'EXCITATION

On est amené parfois à constater chez les enfants une authentique excitation (dans son sens psychiatrique), c'est-à-dire *une hyperactivité désordonnée et une labilité du comportement et des pensées :* l'enfant apparaît agité, va de l'un et l'autre, d'une chose à l'autre, dans un mouvement quasi-incessant ; ses échanges avec l'entourage sont superficiels, rapides, le contact est bien trop facile » ; il a des attitudes ou des propos qui semblent témoigner des sentiments de toute puissance. En fait, il semble bien que ceux-ci recouvrent généralement une profonde angoisse qui transparaît bien dans certains jeux, dessins, paroles ou conduites. Un tel comportement peut se voir sous une forme atténuée ; on parle alors d'hypomanie.

Une telle excitation peut se voir de manière aiguë *en réaction* à une situation ressentie par l'enfant comme très menaçante, inquiétante, à une situation de rupture (séparation, perte d'un lien affectif) aussi, évoquant alors un peu certaines manies de deuil de l'adulte.

Lorsqu'elle est prolongée, voire quasi-habituelle dans le comportement de l'enfant, même sous une forme atténuée, elle est la marque d'*une dysharmonie sévère dans le développement.*

Certains enfants très instables décrits encore comme très « hyperactifs » ou « hyperkinétiques » paraissent bien se situer dans ce registre de l'excitation ou de la subexcitation, nous y avons fait allusion lors de l'étude de l'instabilité psycho-motrice, notamment des formes avec grand incontrôle émotionnel.

On trouve souvent des antécédents de séparations, de ruptures itératives des premiers liens affectifs, dans les deux ou trois premières années (placements nourriciers multiples, placements et divers séjours à l'A.S.E. etc...).

Le contexte est parfois celui d'un état prépsychotique ou parapsychotique voire franchement psychotique. Nous avons abordé plus haut lors de l'étude de la dépression le problème des « psychoses affectives » marquées par l'alternance de moments dépressifs et d'excitation sur un fond permanent de relation psychotique. Nous avons noté à cette occasion que la psychose maniaco-dépressive était exceptionnelle chez l'enfant.

La compréhension psychopathologique la plus habituelle de tels états d'excitation ou de subexcitation fait appel à la notion de « *défenses maniaques* » décrites par M. Klein, défenses mises en jeu face aux angoisses dépressives insuffisamment résolues par des mécanismes habituels de « réparation ». Puisque la « position dépressive » se lie à la sensation de dépendance de l'objet, les défenses maniaques viseront tout sentiment de dépendance, qui sera alors évité, dénié ou inversé. Puisque l'angoisse dépressive se lie à l'attention apportée au monde intérieur qui contient un objet interne hautement valorisé, qui peut être endommagé par les pulsions mêmes du nourrisson, les défenses maniaques seront employées contre toute sensation d'existence d'un monde interne, ou de la possibilité qu'il contienne des objets de valeur, et contre tout aspect de la relation entre le soi et l'objet, qui menace de contenir dépendance, ambivalence et culpabilité. On voitdonc les aspects de déni de la réalité interne et les caractéristiques de la relation maniaque : contrôle, triomphe, (et omnipotence) et mépris de l'objet.

Dans son étude récente sur les dysthymies graves, J.L. Lang préfère parler de positions maniaques, qui peuvent certes être décrites comme défenses contre la dépression mais sont aussi et en même temps, selon lui, témoins de l'incapacité à élaborer et à dépasser les positions dépressives voire à y accéder, versant dit dépressif et versant dit maniaque demeurant toujours indissolublement liés d'un point de vue psychopathologique comme le plus souvent sur le plan clinique.

## BIBLIOGRAPHIE


BERGERET (J.) et coll. — Abrégé de psychologie pathologique. Masson, Paris, 1972, 278 p.

BOWLBY (J.). — 1) L'attachement. Attachement et perte. 2) La séparation. Angoisse et colères. P.U.F., 1978.

CHILAND (C.). — L'enfant de six ans et son avenir. P.U.F., Paris, 1971, 415 p.

DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. Psychia. Enfant, 1967, *10*, p. 1-42.

ENGEL (G.L.). — Attachment behaviour, object relations and the dynamic-economic points of view. Int. J. Psychoanal., 1971, *52*, p. 183-196.

FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant, (trad D. WIDLOCHER), Edit. Gallimard, Paris, 1968, 212 p.

FREUD (S.). — Inhibition, symptôme et angoisse, (trad. M. TORT), P.U.F., Paris, 1971, 102 p.

FREUD (S.). — Cinq psychanalyses, (trad. M. BONAPARTE et R.M. LOEWENSTEIN). P.U.F., Paris, 1967.

HAIM (A.). — Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1969, 303 p.

JOFFE (W.G.), SANDLER (J.). — Remarques sur la souffrance, la dépression et l'individuation. Psychiat. Enfant, 1967, *10*, pp. 123-156.

LANG (J.L.). — Les dysthymies graves. In « Aux frontières de la psychose infantile. P.U.F., Paris, 1978, p. 191-260.

LEBOVICI (S.), BRAUNSCHWEIG (D.). — A propos de la névrose infantile. Psychiat. Enfant, 1967, *10*, pp. 43-122.

LEBOVICI (S.), SOULE (M.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1970, 646 p.

MALE (P.). — Psychothérapie de l'adolescent. P.U.F., Paris, 1964.

MAZET (Ph.) et SIBERTIN-BLANC (D.). — Dépression de l'adolescence et carence précoce de soins maternels. Rev. Neuro-Psychiat. Infant., 1976, *24*, p. 309-318.

MOUREN (M.C.) et SOULAYROL (R.). — La dépression chez l'enfant. Aspects cliniques et psychologiques. Annales Méd-psycholog., 1978, *136*, p. 1147-1166.

PENOT (B.). — Etude des dépressions infantiles. Psychiat. Enfant, 1973, *16*, pp. 301-380.

SEGAL (H.). — Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN, (trad. E.R. HAWELKA). P.U.F., Paris, 1969, 109 p.

SIBERTIN-BLANC (D.) et MAZET (Ph.). — La psychose maniaco-dépressive existe-t-elle chez l'enfant ? Perspectives Psychiatriques, 1977, n° 60, p. 25-30.

WIDLOCHER (D.) et DELCROS (J.). — De la psychologie du deuil à la biochimie de la dépression. Rev. Praticien, 1978, *28*, p. 2963-2976.

WINNICOTT (D.W.). — De la pédiatrie à la psychanalyse (trad. J. KALMANOVITCH). Edit. Payot, Paris, 1969, 372 p.

# TABLE DES MATIÈRES

(Vol. I)


Avant-propos à la deuxième édition ..... 5

*Introduction* ..... 7

Le champ de la psychiatrie de l'enfant. Originalité de son abord clinique et théorique .....

Plan de l'ouvrage

**LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT**

*Introduction* ..... 13

**Problèmes généraux du développement** ..... 15

Les rapports entre inné et acquis ..... 15

Phylogénèse, ontogénèse, épigénèse ..... 16

Le niveau phylogénétique (l'espèce humaine) ..... 17

Hypothèses étayées sur des faits ..... 17

Hypothèses plus générales ..... 19

Le niveau ontogénétique (le développement de l'individu à partir de son patrimoine génétique) ..... 19

La maturation biologique ..... 20

Réactivité émotionnelle et équipement pulsionnel ..... 22

Aspects généraux : les stades, les lois du développement .. 23

Le niveau épigénétique (les interactions avec l'environnement) 24

**Développement psychomoteur** ..... 27

*Généralités* ..... 27

La notion de psychomotricité ..... 27

Les lois du développement psychomoteur ..... 28

*De la naissance à deux ans* ..... 29

Le nouveau-né ..... 29

L'enfant jusqu'à deux ans ..... 32
Le tonus musculaire ..... 33
Le développement postural ..... 33
La sensorialité ..... 33
La préhension ..... 33
La marche ..... 34
La motricité spontanée ..... 33
La motricité impliquée dans la communication à autrui .... 34
Tableau de développement ..... 35

*A partir de deux ans* ..... 36
L'évolution du contrôle tonico-moteur ..... 36
La latéralisation ..... 36
Le schéma corporel et l'image de Soi ..... 37
La représentation spatiale ..... 38

**Le développement de l'intelligence** ..... 39

*Généralités.* La notion d'intelligence ..... 39

*Le développement de l'intelligence selon* J. Piaget ..... 40
La période sensori-motrice de 0 à 18 mois ..... 40
L'intelligence sensori-motrice ..... 40
La construction de l'objet ..... 42
La période pré-opératoire ..... 43
Les nouvelles possibilités ..... 43
Le développement de la pensée ..... 44
La période opératoire ..... 45
Stade des opérations concrètes ..... 45
Stade des opérations formelles ..... 45

*Le point de vue d'H. Wallon* ..... 46

*Apports de la théorie psychanalytique* ..... 47
S. Freud. Processus « primaires » et « secondaires » ..... 47
Apports ultérieurs ..... 48

*Théorie de l'apprentissage* ..... 50

**Le développement du langage** ..... 53

*Généralités* ..... 53
Les organes impliqués dans l'apprentissage et la réalisation du langage ..... 53
La relation avec l'entourage ..... 54

Les lois linguistiques ..... 55
Point de vue phonologique ..... 55
Point de vue grammatical ..... 56
Point de vue lexical ..... 57
*Les étapes de l'acquisition du langage* ..... 57
La phase pré-linguistique ..... 57
La phase linguistique ..... 58
De dix mois à deux ans ..... 58
Le langage entre 2 et 3 ans ..... 59
Le développement du langage après 3 ans ..... 61

**Le développement affectif** ..... 63

*Généralités* ..... 63
Notion d'affectivité ..... 63
Quelques notions psychanalytiques de base ..... 64
Développement affectif. Perspectives psycho-dynamique et génétique et autres points de vue ..... 66
*La première enfance* ..... 66
Les intérêts du nourrisson ..... 67
L'accès à une relation objectale ..... 68
Pendant les premières semaines ..... 69
L'accès à une relation objectale ..... 69
Les processus d'intégration. Les points de vue de R. Spitz, J. Bowlby de M. Klein ..... 70
Les processus de différenciation. Les points de vue de M. Mahler, de D. W. Winnicott ..... 74
*De la deuxième année à 6 ans : la seconde enfance* ..... 76
Les deuxième et troisième années ..... 76
Les intérêts de l'enfant. La relation d'objet. Les progrès du Moi ..... 76
De la quatrième année à 6 ans ..... 78
Les intérêts de l'enfant ..... 78
La situation œdipienne ..... 79
L'organisation de la personnalité ..... 80
*De 6 ans à la puberté : la grande enfance* ..... 81
La phase de latence ..... 81
Les relations d'objet ..... 82
L'organisation de la personnalité ..... 82
*L'adolescence* ..... 83
Remaniement des intérêts. Les relations avec l'entourage. La personne de l'adolescent ..... 84

## L'EXAMEN DE L'ENFANT

Introduction ..... 91

**La consultation psychiatrique** ..... 93

Généralités ..... 93

*Les buts de l'examen* ..... 94

L'étude des symptômes ..... 95
La connaissance du contexte des troubles ..... 96
L'action thérapeutique ..... 97

*Les moyens* ..... 97

L'enquête anamnestique ..... 97

L'entretien avec les parents ..... 99

L'entretien avec l'enfant ..... 100

Le jeu ..... 100
Le dessin ..... 101

Le problème de l'examen somatique ..... 102

*Tactique de l'examen psychiatrique* ..... 103

**Appendice :**

*L'examen psycho-moteur* ..... 109

Les indications de l'examen ..... 109
L'examen psycho-moteur ..... 110

*L'examen du langage* ..... 115

Les indications d'un bilan du langage ..... 115
L'examen et ses résultats ..... 116

**L'examen de l'enfant par les tests psychologiques** ..... 119

*Historique* ..... 119

*Les caractéristiques fondamentales des tests* ..... 120

*La dynamique de l'investigation psychologique* ..... 126

*Quelques tests utilisés chez l'enfant* ..... 127

Les tests d'aptitude ..... 128
Les tests de développement intellectuel ..... 128
Les tests d'efficience intellectuelle ..... 130

Les tests d'information localisée ..... 131

Les tests de connaissances scolaires ..... 132

Les épreuves de personnalité ..... 132

**Autres examens paracliniques** ..... 139

L'électroencéphalogramme ..... 139
L'audiogramme ..... 140
Autres examens ..... 141

## ETUDE CLINIQUE

Introduction ..... 145

### LES SYMPTOMES

**Troubles psycho-moteurs, intellectuels et du langage** ..... 147
*Introduction.* Discussion de la notion de « trouble instrumental » 147
*Les troubles psycho-moteurs* ..... 150
Généralités - Observation clinique ..... 151
La maladresse ..... 151
La dimension relationnelle et affective ..... 151
Les troubles de la latéralisation ..... 152
Observation clinique ..... 153
Le syndrome de « débilité motrice » ..... 153
La notion de dyspraxie ..... 154
L'instabilité psycho-motrice ..... 155
L'inhibition psycho-motrice ..... 157
Les tics ..... 158
*Les troubles intellectuels* ..... 161
Généralités ..... 161
Les déficits intellectuels ..... 163
Bref rappel historique ..... 163
Etude clinique ..... 163
Evaluation de l'importance du déficit intellectuel ..... 163
Anomalies qualitatives ..... 164
Etude psychométrique ..... 165
Les facteurs étiologiques ..... 167
Les facteurs « organiques » ..... 167
Les facteurs psycho-sociaux ..... 168
Le problème des déficits intellectuels sans cause apparente 169
Les dysharmonies cognitives ..... 170
Autres désordres intellectuels ..... 171
*Les troubles de la parole et du langage* ..... 173
Généralités ..... 173
Les troubles de l'articulation ..... 175
Observation clinique ..... 175
Les retards de la parole ..... 176
Les retards « simples » de langage. Les dysphasies ..... 177
Les audi-mutités ..... 178
Le bégaiement ..... 178

**Les troubles à expression somatique** ..... 181
*Introduction :* la notion de trouble « fonctionnel » ..... 181

*Les troubles oro-alimentaires* ..... 182
Les coliques idiopathiques du premier trimestre ..... 182
Les vomissements psychogènes ..... 183
Le mérycisme ..... 184
Observation clinique ..... 186
L'anorexie « nerveuse » ..... 186
L'anorexie « nerveuse » du 2e semestre et les autres aspects cliniques ..... 186
L'anorexie mentale de l'adolescence ..... 189
La boulimie - l'hyperphagie ..... 198
La potomanie ..... 190
Les aberrations alimentaires ..... 191
*Les troubles cardio-respiratoires* 192
Le spasme du sanglot ..... 192
*Les troubles sphinctériens* ..... 194
L'énurésie ..... 195
Observation clinique ..... 198
L'encoprésie ..... 199
Observation clinique ..... 202
Constipation psychogène et mégacôlon fonctionnel ..... 203
*Les troubles du sommeil* ..... 203
Généralités ..... 203
Les troubles du sommeil du nourrisson ..... 205
Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent ..... 206
Les troubles du coucher et de l'endormissement ..... 206
Observation clinique ..... 207
Les troubles paroxistiques du sommeil (terreurs nocturnes, rêves d'angoisse, somnambulisme etc...) ..... 208
Les hypersomnies ..... 212

**Les troubles du comportement** ..... 215

*Introduction* ..... 215
*Les troubles du comportement chez l'enfant* ..... 215
Généralités ..... 215
Les comportements agressifs : violence, colère, opposition .... 216
Le mensonge ..... 218
Le vol ..... 220
Les fugues ..... 221
Observation clinique ..... 223
Les comportements sexuels normaux et pathologiques ..... 224
Troubles de l'identité et de l'orientation sexuelles (états intersexués, transexualisme, transvestisme, homosexualité) 228
Le problème des comportements dits pervers (perversions et perversité) ..... 232

*Conduites délinquantes* 235
Généralités ... 235
Quelques conduites délinquantes ... 236
Qui sont les jeunes délinquants ... 237
Comment et pourquoi devient-on délinquant ... 238

*Conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent* ... 242
L'évolution du sentiment de mort ... 242
Conduites suicidaires de l'enfant ... 243
Conduites suicidaires de l'adolescent ... 244

**Les troubles intra-psychiques** 247

*Introduction* ... 247

*Anxiété et angoisse* 248
Définitions ... 248
Clinique de l'angoisse ... 248
Les manifestations ... 249
Angoisse normale et pathologique ... 249
Données théoriques sur l'angoisse 250
Les points de vue de S. Freud ... 250
Autres points de vue psychanalytiques (R. Spitz, M. Klein, D.W. Winnicott, J. Bowlby) ... 251
La notion d'affects de base ... 252

*Les peurs et les phobies* ... 253
Les peurs et les phobies au cours du développement ... 253
Les peurs et les phobies pathologiques ... 254
Phobies scolaires ... 255

*Les manifestations obsessionnelles* ... 255
Les manifestations obsessionnelles au cours du développement 256
Les obsessions pathologiques ... 256

*L'inhibition* ... 257
Etude descriptive ... 257
Etude psychopathologique ... 257

*La dépression* ... 258
Clinique de la dépression chez l'enfant ... 258
Observation clinique ... 261
Psychopathologie de la dépression de l'enfant ... 262

*L'excitation* ... 265
Description et signification psychopathologique ... 265

# SOMMAIRE DU DEUXIÈME VOLUME


## ETUDE CLINIQUE

(suite)

LES TROUBLES DE L'ORGANISATION DE LA PERSONNALITE

*Le problème du normal et du pathologique*

*Les problèmes de la classification des troubles*

**Les variations normales du développement**
**Les troubles réactionnels**
**Les troubles névrotiques et prénévrotiques**
**Les troubles de la personnalité s'exprimant dans le comportement. Troubles du caractère. Psychopathie**
**Les organisations anaclitiques**
**Les troubles psychotiques. Les états prépsychotiques**
**Les états déficitaires**
**Autres organisations mentales**

LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

LES TROUBLES PSYCHIQUES
LIES A UNE ATTEINTE SOMATIQUE

**Désordres psychiques liés à une atteinte cérébrale**
**Epilepsies**
**Déficits sensoriels**
**La prématurité**
**Les conséquences psychologiques des maladies somatiques**

## PROBLEMES LIES A L'AGE

**Le nourrisson**
**L'enfant jeune**
**Le grand enfant**
**L'adolescence et ses troubles**

## LA THERAPEUTIQUE

*Quelques idées générales*

**Les interventions à visée curative**

La relation thérapeutique
Psychothérapies
Rééducations
Médicaments
L'équipe soignante
La psychothérapie institutionnelle
Placements familiaux (milieux d'accueil)
L'aide aux parents

**La prévention**

## PROBLEMES GENERAUX, ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

**Organisation de l'hygiène mentale infantile**

Imprimerie Maury – Z.I. Saint-Georges-de-Luzençon – 12100 Millau

Dépôt légal : août 1986 – N° d'impression : G86/10918

Cet ouvrage cherche à répondre à la demande de nombreux médecins, psychiatres et psychologues en formation, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et infirmiers, rééducateurs, enseignants, désireux de voir réunis en un manuel les éléments de base de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent nécessaires à leur pratique.

En effet, c'est en référence permanente à cette perspective clinique mais aussi aux indispensables fondements théoriques qui l'orientent, que les auteurs ont rédigé ces deux volumes. Y sont abordés les grands points de vue actuels sur le développement psychologique de l'enfant, les modalités de son examen, les difficultés psychologiques et les troubles qui peuvent marquer son évolution. Une grande part est consacrée à l'abord des différentes interventions thérapeutiques, l'ouvrage se terminant par l'étude des problèmes administratifs et généraux. Des observations cliniques viennent fréquemment illustrer l'exposé des problèmes.

Les exigences propres au « fait psychiatrique », à sa dimension relationnelle notamment, ont conduit les auteurs à rédiger cet ouvrage dans un esprit, qui tout en essayant d'être clair et précis, s'efforce de ne pas tomber dans la schématisation et de stimuler le lecteur dans sa réflexion personnelle.

Ph. MAZET et D. HOUZEL sont tous les deux Maîtres de conférences Agrégés de l'Université, l'un à Paris (Université Paris VI), l'autre à Brest.

9 782224 009151